

स्वास्थ्य शिक्षा को वैज्ञानिक विधि

चर्मरोग चिकित्सा

लेखिका

डा. डिम्पल शाह

(भूतपूर्व सर्जन, दयानन्द अस्पताल)

© ♦ प्रकाशक

प्रकाशक ♦ एम. के. पब्लिशर्स
सी-76, झिलमिल कॉलोनी
दिल्ली-110095

मूल्य ♦ 200.00

संस्करण ♦ प्रथम, 2004

आवरण ♦ इमरोज

संशोधक ♦ दीपक शर्मा

मुद्रक ♦ बी. के. ऑफसेट, शाहदरा, दिल्ली-11008

चर्मरोग चिकित्सा (स्वास्थ्य विज्ञान)

लेखकीय

बच्चों तथा बड़ों में चर्म रोगों की अपनी अलग-अलग विशेषताएं होती हैं। एक ही चर्म रोग की तत्त्विक (Clinical) गति बच्चे और बड़ों में भिन्न होती है, क्योंकि उनमें शरीर की प्रतिकारिता (reactivity) भिन्न होती है, उनमें अंतर्जातीय स्तर (endocrine status) तथा केंद्रीय नर्वतंत्र (nervous system) की अवस्थाएं भिन्न होती हैं; इसके अतिरिक्त बच्चे का शरीर तेजी से बढ़ने वाला होता है। अनेक अन्य बातें भी हैं, जिनके कारण उनमें समान प्रकार के रोग अलग-अलग विशेषताओं के साथ प्रकट होते हैं। इतना ही नहीं, कई चर्मविक्षेप (dermatoses) सिर्फ बच्चों में होते हैं और कई सिर्फ बड़ों में।

उदाहरणार्थ, व्यावसायिक (व्यवसायजनित) चर्मरोग सिर्फ बड़ों में होते हैं, जबकि जनमरिक स्फोट, मिथ्या फुंसीविक्षेप और अपशल्की चर्मशोथ सिर्फ नवजात शिशुओं में होते हैं; आरम्भिक जन्मजात सीफलिस 4 वर्ष की उम्र में प्रकट होता है, जबकि विलंबित जन्मजात सीफलिस अधिकांशतः 7 वर्ष से 16-18 वर्ष तक प्रकट होता है। अर्जित (acquired) सीफलिस की विशेषताएं बच्चों में अलग होती हैं।

लेकिन अनेक चर्मरोग ऐसे भी हैं, जिनकी तत्त्विक गति बच्चे और बड़ों में समान होती है, या बहुत कम भिन्न होती है। इसीलिए हम एक ही पुस्तक के सामान्य थेरापी तथा बालचिकित्सा दोनों ही के छात्रों की आवश्यकताओं को ध्यान में रखा गया है (पहले उनके लिए अलग-अलग पुस्तकें लिखी जाती थीं)। लेखिका यह भी आशा करती है कि प्रस्तुत पुस्तक चर्मरोग चिकित्सा के क्षेत्र में कार्यरत डॉक्टरों के लिये भी उपयोगी सिद्ध होगी।

—डा. डिम्पल शाह

1

1

1

1

1

1

अनुक्रम

चमड़ी के रोग	9
सामान्य चर्मलोचन	13
चर्म में रक्तापूर्ति	19
चर्मरोगी का परीक्षण	20
बच्चों और बड़ों की चिकित्सा के लिये भौतिकीय विधियाँ	23
प्राकृतिक घटकों से चिकित्सा	28
फुंसी, फुंसीक्लेश	35
जुतंक चर्मरोग (जंतुक परजीवियों से उत्पन्न चर्मरोग)	54
कुष्ठ	62
चर्म-यक्ष्मा (चर्म-गंठिक्लेश)	76
जीनचर्मक्लेश या विरासती चर्मरोग	112
नार्वचर्मक्लेश	120
सामान्य मुंहासा	131
बालों के रोग	138
दुर्दम चर्म-अर्बुद	143
गर्म देशों के कुछ चर्म रोग	146
शब्दावली	149



चर्मरोग के रोग

चर्मलोचन के विकास की एक ऐतिहासिक रूपरेखा

चर्मलोचन (dermatology) आयुर्वेद की एक शाखा है, जिसमें चर्मरोगों और उनकी चिकित्सा का अध्ययन होता है ('लोचन' का अर्थ है दर्शन, ईक्षण, निरीक्षण, अतः अध्ययन भी)। इसकी जड़ें अति प्राचीन काल में भी देखी जा सकती हैं। स्पष्ट रूप से प्रकट होने वाले चर्मरोगों की ओर लोगों का ध्यान बहुत पुराने समय से आकर्षित होता रहा है। इन रोगों के वर्णन विभिन्न देशों के पुराने-से-पुराने लिखित साहित्य में मिल सकते हैं। यथा, 3000-2000 वर्ष ईसा पूर्व के चीनी आयुर्वेद-साहित्य के कुष्ठ, मोमिता (मोमी चर्म), खाज, मीनत्व (मीनचर्मता), निर्वर्णकता, दिनाइ, खल्वाटता, फुंसीक्लेश, कोलफुंसी, त्वचारुणता और अम्हौरी जैसे रोगों का क्रमोद्देश रूप से सही वर्णन किया गया है। प्राचीन मिस्र की पांडुलिपियों में (3000-1000 वर्ष ई. पू.) दिनाइ, कुष्ठ, खाज, कोलफुंसी, कीलस, ठेला आदि रोगों का विस्तृत वर्णन मिलता है। सुश्रुत संहिता (800-400 वर्ष ई. पू.) के अनुसार कुष्ठ, खल्वाटता, ठेला और विचाई (पादक्षति) भारत में बहुत पुराने जमाने से ज्ञात हैं; उसमें खुजली की 14 दवाएं और पित्ती के 40 से अधिक उपाय वर्णित हैं। ईसा से बहुत पूर्व मूसा रचित ग्रंथों में मोमिता, कुष्ठ तथा अनेक अन्य चर्मरोगों के वर्णन मिलते हैं। बाद में चर्मलोचन विभिन्न देशों में वहां के ज्ञान-विज्ञान और प्रचलित रोगों के अनुसार विकसित होता रहा।

आयुर्वेद का महत्वपूर्ण विकास प्राचीन ग्रीस में हुआ। हिप्पोक्रेट (Hippocrates, 460-375 ई. पू.) प्रथम व्यक्ति थे, जिन्होंने आयुर्वेद को धार्मिक आचारों से अलग करने की कोशिश की। उन्होंने अनेक चर्मरोगों का वर्णन किया और उन्हें अंतर्जनित तथा वहिर्जनित (endogenous and exogenous) कारणों के आधार पर दो वर्गों में बांटा। उनका सिद्धांत था कि रोग रसों—काले व पीले पित्त, रक्त और कफ के अपसामान्य मिश्रण के कारण होते हैं (अंतर्जनित कारण)। रसों के अपसामान्य मिश्रण का सिद्धांत (रस-सिद्धांत) चर्मलोचन में लंबे समय तक अपना स्थान बनाये रहा। हिप्पोक्रेट ने अनेक ऐसे शब्दों का प्रयोग किया था, जो आज भी प्रचलित हैं—हेर्पेस (विसर्प), लेप्रा (कुष्ठ) आलोपेसिया (खल्वाटता), आफथे

श्वेनव्रण) कासीनोमा ककाब-oma क लिय -अबुद की जगह सक्षेप म अव का भी प्रयोग करेगे अनु) ग्वथीमा पेटेखिण आदि

रोम के लेखक सेल्स (Celsus 25 ई.) ने अपनी कृति De medicina libri octo ('आठ खंडों में आयुर्वेद') में कई अध्याय चर्मरोगों को अर्पित किए हैं, जैसे—फुसी, कोलफुसी, रोमकूप-क्लेश (सीकोसिस), त्वचारुणता (एरीसीपेलास), खर्जूक्लेश (प्सोरियासिस), नुकीला कड़ाबुद (कोदीलोमा), छत्तदार खाज, गहन लोमटृणत्व (त्रिखोफीतोसिस) आदि को। वे चर्मक्लेशों के इलाज में धूप, गर्मी तथा व्यायाम के उपयोग की सलाह देते थे।

विख्यात फारसी विद्वान् अबू-अली अल-हुस्सैन इब्न-सीना (लातीनीकृत नाम आवीसेना, Avicenna) का जन्म 980 में हुआ था, वे कुछ समय तक बुखारा में रहे थे और अरबी में लिखते थे। उन्होंने बुदबुदिया, पित्ती, कडु, गीनिया-कृमि का वर्णन किया था और श्लीपद तथा कुष्ठ में भेद बताया था। अपनी प्रसिद्ध पुस्तक 'चिकित्सा के नियम' में इब्न-सीना ने चीनी, भारतीय तथा यूनानी चिकित्सा का ही वर्णन नहीं किया है, चिकित्सा के क्षेत्र में उन्होंने मौलिक योगदान भी किया है। उनकी अनेक अपेक्षाएँ और नुस्खे आज भी सही हैं।

मध्ययुगीन सामंती राज में चर्च के बोलबाला के कारण चर्मलोचन समेत सभी प्रकृतिविज्ञानों के विकास में एक थिराव आ गया था। सामतवाद की तुलना में अधिक प्रगतिकारी समाज पूंजीवाद के विकास के बाद ही विज्ञान, कला और उद्योग में एक सामान्य प्रगति आरम्भ हुई। यह प्रगति चर्मलोचन के क्षेत्र में भी आयी।

1571 में इटली के मेर्कूरिआलिस ने चर्मरोगों पर प्रथम पुस्तक (De morbis cutaneus) लिखी। चर्म की अनाटोमी और शरीरलोचन का भी तेजी से विकास होने लगा। मार्सेलो माल्पीगी ने अधिचर्म (epidermis) की शृंगी, श्लेष्मल तथा कांटल परतों में भेद किया, वसीय व स्वेदक ग्रंथियों तथा रोमकूपों का वर्णन किया और वसीय कोशिकाओं की खोज की।

18वीं शती के अंत में विएना के प्रोफेसर जोसेफ प्लेक ने चर्मलोचन की एक पाठ्यपुस्तक Doctrina de morbis cutaneus (1776) लिखी, जिसमें सभी चर्मरोग 14 वर्गों में बाँटे गये थे। इस वर्गीकरण का आधार रोगों की सिर्फ बाह्य समानताएँ थीं; शरीर की सामान्य अवस्था, हेतुलोचनी (aetiologial) तथा अन्य घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया था। चर्मरोगों के अध्ययन में रूपलोचनी (morphological) चरण के इसी आरम्भ से चर्मलोचन एक स्वतंत्र विज्ञान के रूप में उभरा, जिसकी अपनी विशिष्ट परीक्षण-विधियाँ थीं। चर्मलोचन में रूपलोचनी सिद्धांत का आगे चलकर विकास ब्रिटिश स्कूल की कृतियों में हुआ, जिसके

जान-मान पवतक राबर्ट विलियम (1757-1812) और उनके शिष्य थोमस बेटमैन (1775-1821) थे। विलियम ने ही शब्द 'एक्जेमा' (दिनाइ) प्रस्तावित किया था जो अब विस्तृत रूप से प्रचलित है। उन्होंने इस रोग का स्पष्ट वर्णन दिया। चर्मरोगों पर एक पाठ्यपुस्तक लिखी, जिसे बड़ी मान्यता प्राप्त हुई। बेटमैन ने प्रथम चर्मलोचनी एटलस तथा चर्मरोगों पर एक पाठ्यपुस्तक प्रकाशित की।

इसी समय फ्रांस में भी चर्मलोचनी स्कूल विकसित होने लगा, इसके प्रवर्तक जीन आलबर्ट (1768-1837) थे। उन्होंने चर्मरोगों का वर्गीकरण एक वृक्ष के रूप में प्रस्तावित किया (तना चर्म था, मुख्य शाखाएँ रोगों की जातियाँ थीं, छोटी शाखाएँ उपजातियाँ और टहनियाँ उनके प्रकार थीं)। उनका विश्वास था कि चर्मरोगों की उत्पत्ति शरीर में सामान्य गड़बड़ियों, विशेष कुमिश्रणों (डिमक्रेजिया, रसा के कुमिश्रणों), गठनात्मक (constitutional) रोगों तथा पारश्लेषण (diathesis) के कारण होती है। लेकिन इन घटकों का सार एवं कारण अस्पष्ट था, उनका गहन अध्ययन नहीं होता था। उस समय फ्रांसीसी चर्मलोचनी स्कूल के एक अन्य मेधावी प्रतिनिधि भी थे—अंटुआन बाजी (Antoine Bazin, 1807-1878)। उन्होंने अपनी कृतियों में भूलभूत अवधारणाएँ प्रस्तुत कीं। इन विचारों का सार यह था कि चर्मरोग वास्तविकता में नहीं होता, रोग पूरे शरीर का होता है और त्वचा पर क्षतियाँ इन रोगों की बाह्य अभिव्यक्ति हैं (स्तुकोवेकोव, 1883)।

इस प्रकार, जिस समय विलियम तथा बेटमैन द्वारा प्रस्तावित रूपलोचनी (रूप के अध्ययन पर आधारित) वर्गीकरण यूरोप में विशेष लोकप्रिय हो रहा था, इसके विरुद्ध फ्रांसीसी चर्मलोचनी स्कूल का वर्गीकरण आया, जो चर्मरोगों की उत्पत्ति के गैर-सिद्धांत पर आधारित था।

फेर्डिनांड फॉन हेब्रा (Ferdinand von Hebra, 1816-1880) विएना के चर्मलोचनी स्कूल के प्रवर्तक और मुख्य प्रतिनिधि माने जाते हैं। अपने आस्ट्रियाई वर्गीकरण शिष्य कापोजी (Kaposi, 1837-1902) के साथ मिलकर उन्होंने चर्मक्लेशों का रोगो-अनाटोमिक वर्गीकरण प्रस्तुत किया, जो उस समय प्रगतिकारी था और चर्मरोगों के अध्ययन में एक नये चरण का सूचक था। हेब्रा ने चर्मक्लेशों की उत्पत्ति में मुख्य भूमिका बाह्य रासायनिक, भौतिकीय एवं अन्य क्षोभकों (stimuli) की मानी। उन्होंने कुछ रूपलोचनी क्षतियों के अन्य क्षतियों में विकसित होने की प्रक्रिया का अध्ययन किया, जैसे चित्ती का पिटक में, पिटक का फोडिया में, फोडिया का पीपिका में आदि। हेब्रा और कापोजी ने चर्मलोचन पर पाठ्यपुस्तकें लिखीं, चर्मरोगों के एटलस बनाये और नये किस्म के चर्मक्लेशों का वर्णन किया, जिनमें निम्न के नाम आते हैं—बहुरूपी रिसालु सुर्खी (erythema multiforme exudativum) कटु (prurigo), वर्णकीय चर्मशुष्कता (xeroderma

pigmentos m) केशीय लाल बुसन (pityriasis rubra pilaris) आदि उन्होंने चर्मरोगों की चिकित्सा की बाह्य विधियों की कारगरता बढ़ाने के लिये खोज की। विएना स्कूल की मुख्य गलती थी—रोगकारी घटकों के आधार पर चर्मरोगों के वर्गीकरण के सिद्धांत का अवमूल्यांकन।

यहां तक चर्मलोचन के विकास का परिणाम यह है कि 19वीं शती के अंत में और 20वीं शती के आरम्भ में इस विज्ञान को महत्वपूर्ण सफलताएं मिलीं। सेकड़ों अज्ञान चर्मरोग प्रकाश में आये, उनका अध्ययन एवं वर्णन किया गया, दर्जनो पाठ्यपुस्तकें एवं एटलस प्रकाशित हुए, अंतरंग एवं बहिर्ग रोगियों के लिये चर्मलोचनी अस्पताल और तत्पालय खोले गये, आयुरी संस्थानों और विश्वविद्यालयों में चर्म रोगों के लिये अलग से विभाग बनाये गये, चर्मलोचनी पत्रिकाएं प्रकाशित होने लगीं, वैज्ञानिक चर्मलोचनी समाज संगठित होने लगे आदि-आदि।

सूक्ष्मजीवलोचन की तीव्र प्रगति से चर्मलोचन में हेतुलोचनी विचारधारा विकसित हुई। अनेक खुमीज रोगों के कारक प्रकाश में आये, जैसे—1839 में मोमिता का, 1842 में परजीविज रोमकूपशोथ का, 1843 में सूक्ष्मस्पोरन का, 1844 में नरप्रेमी लोमतृणत्व का, 1846 में गुलाबी बुसन का। 1850 में कठोर कोलफुसी और 1873 में कुष्ठ के कारक ज्ञात हुए। स्त्रेप्टोकोक और स्ताफिलोकोक 1880-1884 में वर्णित हुए, यक्ष्माकारी बसिल 1882 में, प्रथम निस्स्यदी वीरुस 1892 में, गोनोकोक 1879 में, त्रेपोनेमा पालीडुम 1905 में आदि। इन खोजों की सहायता से रोगों का हेतुलोचनी (कारण के अध्ययन पर आधारित) वर्गीकरण संभव हुआ। जल्द ही यह भी ज्ञात हो गया कि शरीर में जीवाणु की उपस्थिति का यह अर्थ नहीं होता कि रोग होगा ही, इसके अतिरिक्त यह भी पता चला कि एक ही जीवाणु अलग-अलग लोगों में एक ही रोग को विभिन्न रूपों से उत्पन्न कर सकते हैं। रोग का विकास प्रेरित करने वाले प्रवणकारी घटकों (predisposing factors) का गंभीरता के साथ अध्ययन होने लगा। और इस तरह चर्मलोचन में गदजनन के अध्ययन की प्रवृत्ति को महत्ता मिली।

रूसी चर्मलोचकों (अ. पलतेज्जोव, अ. पस्पेलोव, पा. निकोल्स्की तथा अन्य) ने आयुर और विशेषकर चर्मलोचन में गदजनन (pathogenesis) के अध्ययन की प्रवृत्ति के विकास में बहुत बड़ा योगदान किया है। चर्मक्लेशों के विकास में पनपू (vegetative) नर्वतंत्र की भूमिका का गहरा अध्ययन होने लगा। परांर्जन (allergy; शरीर की परिवर्तित संवेदिता या संवेदनशीलता) की छानबीन भी आगे बढ़ी—आर्थस-पिरक्वे (Arthus-pirquet), याडासोह्न (Jadassohn) जुल्ट्सबेर्गेर आदि की कृतियों में। चर्मरोगों की उत्पत्ति और उनके कारणों पर अंतर्सावी (endocrine) क्रियाओं तथा अन्य घटकों के प्रभाव का अन्वीक्षण होने लगा।

सामान्य चर्मलोचन

आदमी का स्वास्थ्य, शरीर में नर्विक (nervous), अंतर्सावी (endocrine), हृत्कुम्भिक (cardiovascular) तथा अन्य तंत्रों की कार्यशीलता, द्रव्य-विनिमय की सक्रियता और प्रवृत्ति आदि अनेक घटक प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से चर्म की भी अवस्था तथा कार्य पर असर डालते हैं।

पूरे शरीर की एक अखंड इकाई के रूप में सक्रियता और चर्म के बीच एक प्रत्यक्ष निर्भरता पायी जाती है। चर्मलोचन का अध्ययन चर्म की अनाटोमी और शरीरलोचन से शुरू करते वक्त इस बात पर जरूर जोर देना चाहिये कि चर्म शरीर का एक अभिन्न अंग है और शरीर के अन्य कार्यों के साथ घनिष्ठ संबंध रखता है।

चर्म की अनाटोमी और ऊतलोचन

चर्म-अनाटोमी (skin anatomy). आदमी का चर्म (चमड़ी, cutis) उसके शरीर का बाहरी आवरण है, वह शरीर के प्राकृतिक छेदों—मुँह, नाक, मूत्र-जननेंद्रिय और गुदा के पास पहुँचकर श्लेष्मल झिल्ली (mucous membrane) के साथ मिल जाता है। वयस्को में चर्म की सतह 1.5 से 2m^2 तक होती है, जबकि मोटाई (अधोचार्म वसा (subcutaneous fat) को छोड़कर) मिलीमीटर के कुछ अंशों से लेकर (पलक और बाह्य श्रवण-मार्ग पर) 4mm तक (हथेलियों और तलवों पर) होती है। अधोचार्म वसा की भी मोटाई जगह-जगह पर काफी भिन्न होती है। कुछ जगहों पर वह होती ही नहीं है और कुछ जगहों पर (जैसे मोटे आदमी के पेट और नितंबों पर) उसकी मोटाई कई सेंटीमीटर तक पहुँच सकती है। वयस्क में अकेले चर्म का द्रव्यमान (mass) पूरे शरीर के द्रव्यमान का लगभग 5 प्रतिशत अंश होता है, जबकि अधोचार्म वसा के साथ करीब 16 से 17 7 प्रतिशत होता है।

चर्म की सतह (त्वचा) पर अनेक खाँचे (खात, खातिकाएँ), सलवटें और अवनमन (गड्ढे) पाये जाते हैं, वह तीकोण और रोम्बवत (rhomboid) क्षेत्रों के एक जटिल क्रम (चटाई) के रूप में दिखती है। चेहरे की झुर्रियाँ, हथेली, तलवे और फोते (अङ्कोष) की सलवटें चर्म पर स्थूल खातिकाएँ हैं। हथेली और तलवे पर एक-दूसरे के समानांतर चलने वाली मेड़ें और खातिकाएँ तरह-तरह की आकृतियाँ

बनाती हैं इनका नमूना हर आदमी के लिये अपना व्यक्तिगत होता है जो आत्मा को पहचानने के लिये एक विश्वस्त चिह्न है। गला की छाप के अध्ययन गला दर्शन या डाक्टिनोस्कोपी में इसी का उपयोग होता है।)

त्वचा की ऊपरी झलक चटाई की बुनावट जैसी होती है। उसका अपना विशिष्ट रंग होता है, जो उसे बनाने वाले ऊतकों के रंग, श्रुगी एवं क्रणमय परतों की मोटाई, चर्म के भीतर दिखने वाली रक्त-कुंभियों (blood vessels) और मेलानिन नामक वर्णक की उपस्थिति पर निर्भर करता है। त्वचा का रंग बदल भी सकता है, क्योंकि चर्म में उपस्थित वर्णक की मात्रा बाह्य और आंतर घटकों के प्रभाव से बढ़ती-घटती रहती है।

त्वचा का अधिकांश क्षेत्र वालो (लोमो) से आच्छादित रहता है। लोमगर्हित क्षेत्र निम्न है—होंठ (सिंदूरी सीमा, vermillion boarder), हथेलियाँ और तलवे (उंगलियों समेत), लिंगपूग (glans penis), बृहत् भगोष्ठ की आंतर सतह और लघु भगोष्ठ (large and small pudendal lips)।

त्वचा में मुश्किल से दिखने वाले रश्मि होते हैं, जो स्वेद-मार्ग और वपाल ग्रन्थियों (sebaceous glands) के द्वार हैं। कुछ बीमारियों में (जैसे वपास्राव, seborrhoea में) ये रश्मि नगी आखों से भी दिखने लगते हैं।

उंगलियों के अंतिम खंडों की पश्च सतह पर नख होते हैं।

चर्म का ऊतकविज्ञान (skin histology) भववृत्ति (ontogenesis) में चर्म दो अंकुरदायी स्थलों से विकसित होता है—

(1) बाह्य भ्रूणचर्म, जिसे बहिर्चर्म (ectoderm), बहिरंकुर (ectoblast) या अध्यांकुर (epiblast) कहते हैं; यह अधिचर्म में परिणत होता है।

(2) मध्य भ्रूणचर्म (mesoderm) या मध्यांकुर (mesoblast), जिससे चर्म की दो परतें विकसित होती हैं—सुचर्म (वास्तविक चर्म, dermis) या मध्य परत और अधोचर्म वसा या अवचर्म (सबसे गहरी चर्म-परत)।

अधिचर्म और सुचर्म के बीच की सीमा (काट या अनुच्छेद पर) लहरदार रेखा के रूप में होती है, क्योंकि सुचर्म की सतह पर विशेष प्रकार के स्तंभाकार उभार (चुचिकाएँ या पिटिकाएँ, papillae,) बने रहते हैं, जिनके बीच का अवकाश उपकलीय प्रवर्धों (epithelial processes) से भरा रहता है।

अधिचर्म

अधिचर्म (epidermis) चर्म की सबसे बाहरी परत है; यह पटलित (stratified) उपकला या पपड़ी (epithelium) है, जो श्रुगीभवन (keratinisation) की प्रक्रिया में उत्पन्न होती है। अधिचर्म स्वयं भी पाच परतों से बनी होती है—



- - -



सामान्य चर्म का ऊतलोचन (आरेख)
 1 अधिचर्म, 2 सूचर्म, 3 अवचर्म वसा 4 वपाल ग्रथि, 5 लोमकूप (मशिका) 6
 चर्मरोग चिह्न

(1) आधारीय या अकुरक परत (2) काटल परत, (3) कणमय परत, (4) स्वच्छ परत, (5) शृंगी परत। हथेली और तलवे पर ये परतें अधिक स्पष्ट हैं, चंहरों, वक्ष और हाथ-पैर की आकोचनी सतहों (जहां ये अंग मुड़ते हैं, वहां की सतह, (flexor surfaces) पर स्वच्छ परत अनुपस्थित होती है, लेकिन इन क्षेत्रों में कणमय परत कोशिकाओं की इकहरी कतार से बनी होती है, जो कहीं-कहीं टूटी भी होनी है।

अधिचर्म में नर्व-सिराए (nerve endings) अनेक होती हैं, लेकिन रक्तवाही कुंभियां एक भी नहीं; कोशिकाओं का पोषण अंतराकोशिकीय झिरियों से बहकर आती लसीका (lymph) द्वारा होता है।

आधारीय या अंकुरक परत (stratum basale or germinativum)
अधिचर्म की सबसे भीतरी (गहरी) परत है और सीधे सुचर्म पर टिकी होती है। यह बल्लाकार कोशिकाओं की इकहरी परत से बनी होती है; इन कोशिकाओं के बीच झिरिनुमा स्थान (अवकाश) अंतराकोशिकीय सेतु कहलाता है। बड़े-बड़े गोल या अंडाकार नाभिक अधिकांशतः इन कोशिकाओं के ऊपरी भाग में ही दिखते हैं, जो क्रोमातिन (chromatin) से काफी समृद्ध होते हैं और इससे गाढ़ा रंगे होते हैं। यही कारण है कि वे ऊपरी परत की कोशिका-नाभिकों की तुलना में अधिक काले नजर आते हैं।

अकुरक परत में बल्लाकार कोशिकाओं के अतिरिक्त कहीं-कहीं पर एक विशेष प्रकार की विशाखनरत (द्रुमाकार या वृक्षाकार, dendritic) कोशिकाओं में भी होती हैं, जिनका नाभिक नन्हा व काला होता है और प्राटोप्लाज्म (आदिरूप, आदिद्रव्य) बहुत हल्का होता है। इन कोशिकाओं के मुख्य कार्य बल्लाकार कोशिकाओं के ही स्तर पर होते हैं, लेकिन इनकी बहुसंख्य शाखाएं पड़ोसी कोशिकाओं को जकड़े रहती हैं और ऊपरी परत में कोशिकाओं के बीच-बीच बिंधी रहती हैं।

कार्य की दृष्टि से अकुरक परत की कोशिकाओं में दो विशेषताएं हैं। एक तो वे परिचर्म के मुख्य अकुरनशील तन्त्र-एधक (cantharum) हैं जिनसे अधिचर्म की सभी ऊपरी परतों की कोशिकाएं बनती (पनपती) हैं। आधारीय झिल्ली पर उदग्र खड़ी बल्लाकार कोशिकाओं का विभाजन सूत्रण (mitosis) से होता है। (सूत्रण या सूत्री विभाजन (mitotic division) कोशिका का सामान्य विभाजन, जिसमें रज्यकाया (chromosomes) का लंबाई के सहारे टूटना, उनके जोड़े बनना तथा सतान-कोशिकाओं में जोड़ों का समान संख्या में वितरित होना आदि चरण आते हैं।—अनु.)। दूसरे, अकुरक परत की कोशिकाओं के प्रोटोप्लाज्म में विभिन्न आकार वाली भूरी गुलिकाओं के रूप में एक वर्णक मेलानिन उपस्थित

रहता है अब ये माना जाता कि वर्णक बनने का काम सिर्फ आधारीय परत का द्रुमाकार कोशिकाओं में होता है जो सनी भायने में मेलानो-कोशिकाएँ (melanocytes) हैं। अंदाज लगाया गया है कि 1mm-क्षेत्र में आसतन 1155 मेलानो-कोशिकाएँ होती हैं। यह भी निर्धारित किया गया है कि काली चमड़ी में मेलानो-कोशिकाओं की संख्या गोरी चमड़ी से अधिक नहीं होती और त्वचा पर गहरे रंग के धब्बे वाले स्थान पर मेलानो-कोशिकाओं की संख्या आस-पास की त्वचा की तुलना में 28.6 से 44.5 प्रतिशत ही होती है। इसीलिये अब सर्वमान्य है कि त्वचा की वर्णकता मेलानो-कोशिकाओं की संख्या पर नहीं, उनकी कार्य-क्षमता पर निर्भर करती है। मेलानिन मेलानो-कोशिका के सीतोप्लाज्म (cytoplasm-कोशिकाद्रव्य) में तीरोजीन (tyrosine) के आक्सीकरण से प्राप्त उत्पादों के बहुलकन से बनता है, पूरी प्रक्रिया तीरोजीनाज (tyrosinase) नामक खमीर (ferment) के प्रभाव में चलती है, जिसकी सक्रियता नाम्न-आयनों की उपस्थिति पर निर्भर करती है। अतः सर्वांगी ग्रंथियों का कार्य भी वर्णक बनने की क्रिया पर सक्रिय प्रभाव डालता है। अनुकंपी नर्वों (sympathetic nerves) का क्षोभ (या उत्तेजन, stimulation) वर्णक बनने की क्रिया को दमित करता है, लेकिन परावैगनी किरणें, आयनक विकिरण और कुछ रासायनिक द्रव्य इसे प्रोत्साहित करते हैं। विटामिन, विशेषकर विटामिन C, वर्णक के बनने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

काटल परत (stratum spinosum) अकुरक परत पर होती है; इसकी मोटाई में कोशिकाओं की 5 से 10 कतारें होती हैं, जो परत के गहरे भागों में घनवत् (cuboid) होती हैं, पर ऊपर कमजोर परत की ओर चपटी होती जाती है। काटल परत की कोशिकाएँ काटो की तरह उभरी होती हैं और अंकुरक परत की कोशिकाओं के समान ही अंतराकोशिकीय सेतुओं से जुड़ी होती हैं, वे एक-दूसरी को प्रोटोप्लाज्मिक प्रवर्धों द्वारा छूती रहती हैं। इन कोशिकाओं के नाभिक गोल व बड़े होते हैं और उनमें एक या दो केंद्रिकाएँ (जर्मन डॉक्टर Th. Langhan, 1839-1915 के नाम ज्ञात कोशिकाएँ) दिखायी जा सकती हैं (स्वर्ण-रंजित करने पर)। इनके नाभिक मुश्किल से रंजित होते हैं और इनसे अनेक विशाखित प्रवर्ध निकलते हैं, जो अन्य कोशिकाओं के बीच फैले रहते हैं। इन कोशिकाओं में वर्णक नहीं होता, और ये हमेशा अकुरक परत से ऊपर स्थित होती हैं। लांगहान-कोशिकाओं की प्रकृति अभी ज्ञात नहीं हुई है। कुछ विशेषज्ञ इन्हें नर्व-मूल का मानते हैं, कुछ इन्हें 'प्रवासी' श्वेतकोशिका (leucocytes) कहते हैं, कुछ मध्यस्रवामूल (mesenchyma origin) का कहते हैं और कुछ इन्हें वर्णकहीन द्रुमाकार कोशिकाएँ मानते हैं। (मध्यस्रवा भ्रूण-पिंड के प्राथमिक कोटर में अगो व ऊतकों के अधिक

घने अकुरो के बीच का स्थान ढीले-ढाले रूप से भरने वाली कोशिकाओं को कहते हैं जो रक्त-कोशिकाओं और अस्थीय एवं चिकने पेशीय ऊतकों को जन्म देती हैं।—अनु.) काटल परत की कोशिकाओं में तानुतंतिकाएँ (tonofibrils) भी पायी गयी हैं। ये कोशिका-द्रव्य में होती हैं और एक कोशिका से दूसरी कोशिका तक फैली नहीं रहनी, प्रोटोप्लाज्मिक प्रवर्धों में ही समाप्त हो जाती हैं। अकुरक परत की बल्लाकार कोशिकाओं के कोशिका-द्रव्य में वे कम स्पष्ट दिखती हैं। जैसे-जैसे हम ऊपरी परत कणमय परत की ओर बढ़ते हैं, काटल परत की कोशिकाएँ चपटी तथा अधिचर्म की सतह के समानांतर लंबी होती जाती हैं और ऊपरी परत के साथ कोई स्पष्ट सीमा बनाये बिना उसमें मिल जाती हैं।

कणमय परत (stratum granulosum) की मोटाई में (अधिचर्म के समानांतर) कोशिकाओं की एक या दो कतारें होती हैं (हथेली व तलवे पर चार तक होती हैं), इनके नाभिक क्रमशः छोटे होते जाते हैं और प्रोटोप्लाज्म में मुख्य रंग से गाढ़ा रजित असंख्य कण दिखने लगते हैं। कुछ विशेषज्ञ इन कणों को नाभिकीय अवजनन (degeneration) का उत्पाद मानते हैं, अन्य सोचते हैं कि ये तंतिकाओं के टुकड़े-टुकड़े होने से बनते हैं। पहले यह विश्वास किया जाता था कि ये कण एक विशेष द्रव्य केरातोहिआलिन (keratohyalin—शृंगीकांच) से बनते हैं, पर बाद में पता चला कि यह द्रव्य न तो शृंगी है, न काचर ही; संरचना के अनुसार यह DNA से संबंधित है। 'शृंगीकांचर' कणों की उपस्थिति अधिचर्म कोशिकाओं के शृंगीभवन (keratinisation) का प्रथम दृश्य चरण है।

अधिचर्म की अकुरक, काटल तथा कणमय परतों को अक्सर एक नाम—मालपीगी-परत से पुकारते हैं (M Malpighi, 1628-1694, इतालवी अनोटोमक)।

स्वच्छ परत (stratum lucidum) कणमय परत पर स्थित होती है; यह लमड़ी कोशिकाओं से बनी होती है, जिनमें प्रकाश को बहुत अधिक अपवर्तित करने वाला एक विशेष प्रोटीन-द्रव्य होता है। यह द्रव्य तेल की बूद से मिलता-जुलता है, अतः इसे एलेइडिन कहते हैं (eleidin; ग्रीक elei=जैतून से)। मुख्य अवयव एलेइडिन के अतिरिक्त स्वच्छ परत में ग्लीकोजन (glycogen) तथा कुछ वसीय द्रव्य भी होते हैं, जैसे—लिपोइड (lipoids), ओलेइक अम्ल (oleic acid)।

सामान्य रंजन-विधियों (staining methods) के उपयोग से मोटी उपकलीय परत वाले चर्म-क्षेत्रों (जैसे हथेलियों और तलवों) की स्वच्छ परत एक रंगहीन धारी के रूप में दिखती है। कुछ रंगलोचनी प्रक्रियाओं (मीनत्व, रंजकशृंगिता) में भी वह स्पष्ट दिखने लगती है। यह विचार अब प्रमाणित हो चुका है कि पानी और विद्युविश्लेषकों के लिये अधिचर्म की अव्ययता स्वच्छ परत से ही संबंधित

है इसमें भी दा उप परते हैं ऊपरी परत अम्लीय प्रतिक्रिया करती है और निचली क्षारीय (alkaline) इस प्रकार स्वच्छ परत अधिचर्म की बहुत जटिल परत है

शृंगी परत (stratum corneum) अधिचर्म की सबसे ऊपरी परत है यह ग्रन्थ परिवेश के प्रत्यक्ष संपर्क में आती है और अनेक प्रकार के बाह्य घटकों का प्रतिरोध कर सकती है। यह सूक्ष्म, अनाभिकीय, शृंगीभूत व लमड़ी कोशिकाओं से बनी होती है। वे एक-दूसरी के साथ मजबूती से जुड़ी होती है और एक शृंगी द्रव्य (केराटिन, keratin) से भरी होती है, जिसकी रासायनिक संरचना अभी तक पूरी तरह निर्धारित नहीं हुई है। माना जाता है कि यह कोई अल्बुनोइड (albuminoid) द्रव्य है, जिसमें पानी कम और गंधक अधिक होता है, इसमें बसाए और पोलीसाखारीय भी पाये जाते हैं।

शृंगी परत का बाहरी भाग कम घना होता है, उसके मुख्य भाग से कभी-कभी और कहीं-कहीं पतली परत-सी अलग होती रहती है। इस प्रक्रिया को शरीरलोचनी विशल्कन (desquamation) कहते हैं। शृंगी परत की मोटाई चर्म में सर्वत्र समान नहीं है, वह हथेली व तलवे पर विशेष मोटी होती है और पलकों तथा बाह्य पुरुष-जनैद्रिय पर बहुत पतली होती है।

चर्म में रक्तापूर्ति

चर्म-ऊतकों में रक्त की आपूर्ति रक्तवाही कुंभियों के कई जालों के सहारे होती है। बड़ी धमनीय कुंभियां पट्टिका से अधोचर्म बसा में फैलती हैं और नन्ही शाखाओं के बंटकर चर्विल लुडिकाओं तक पहुंचती हैं। सुचर्म और अवचर्म की सीमा पर वे ऐसी शाखाओं में बंटकर द्वैतिज रूप से फैलती हैं, जो पुनः उन्हें आपस में मिलाती हैं (anastomose—दो कुंभियों, नलियों का आपस में शाखाओं द्वारा मिलना; शाख-संगम)। चर्म में गहरा धमनीय गुंफ (जाला, बुनावट, plexus) उत्पन्न होता है, जिससे निकली हुई शाखाएँ स्वेद-ग्रथियों की कुडलियों, लोमकूपों और चर्विल लुडिकाओं का पोषण करती हैं। इसके अतिरिक्त, गहरी धमनीय गुंफ से पर्याप्त बड़ी धमनियां भी फूटती हैं, जो अवपिटिकामय (subpapillary) परत में पहुंचती हैं और वहां सतही अवपिटिकामय धमनीय गुंफ बुनती है। इससे निकलने वाली नन्ही धमनीय शाखाएँ, पेशियों, वृणाल ग्रथियों, स्वेद-ग्रथियों और लोमकूपों का पोषण करती हैं।

अवपिटिकामय गुंफ से ऐसी भी नन्ही धमनियां निकलती हैं, जो आपस में नहीं मिलती हैं (और इसीलिये वे अन्त्य धमनियां कहलाती हैं), ये कुछ दूर तक अधिचर्म के समानांतर जाकर कोशिकाओं (capillaries) में परिणत हो जाती हैं,

जो पिटिकाओं में पहुँचकर नन्हें पाश बनाती है। ये पाश क्रमशः शिरीय केशिकाओं के पाशों में परिणत हो जाते हैं। शिरीय केशिकाएँ धमनीय केशिकाओं में कुछ चौड़ी होती हैं।

पिटिकाओं, वपान् ग्रथियों, स्वेद-ग्रथियों की निकास-नलियों, लोमकूपों और पेशियों से निकलकर शिरीय केशिकाएँ आपस में मिलती जाती हैं और प्रथम सतही अवपिटिकामय शिरीय गुफ तैयार करती हैं। अधोचर्म बना तक के क्षेत्र में चार शिरीय गुफ हैं। चौथे गुफ से निकली शिराएँ अवचर्म से गुजरती हैं और अधोचर्म (चर्म से नीचे की) शिराओं से मिल जाती हैं।

अधिचर्म में रक्तकुम्भिया (blood vessels) नहीं होती।

रक्तकुम्भियों का सबसे शक्तिशाली जाल चेहरे, हथेलियों, होठों की चमड़ी में और गुदा के गिर्द चर्म में होता है।

चर्मरोगी का परीक्षण

चर्म रोग से ग्रस्त व्यक्ति के परीक्षण की रीति किसी अन्य (जैसे आंतर अंगों के) रोगी के परीक्षण की रीति से भिन्न होती है, उसकी अपनी विशेषताएँ होती हैं। चर्मलोचक अपने रोगी से पूछता है कि उसे क्या शिकायत है और उसे आयुरी सलाह की आवश्यकता क्यों पड़ी है। यदि रोगी बताता है कि उसकी त्वचा या श्लोष्मला पर स्फोट (दाने) निकल आये हैं, तो डॉक्टर ग्रस्त क्षेत्र को दिखाने के लिये कहता है। इसीलिये चर्मलोचक के चिकित्सानुशीलन में (विशेषकर अनावासी तत्पालय की परिस्थितियों में) परीक्षण करते वक्त दृश्य-निरीक्षण को ही प्राथमिकता दी जाती है, रोगी के आयुरी इतिहास से संबंधित तथ्यों के संग्रह, उसकी आयु और जीविका के विश्लेषण की बाद में महत्त्व दिया जाता है। इसका रहस्य क्या है।

यह चर्मलोचन का क-ख है, जिसकी सहायता से रोगी के चर्म पर निदान को 'पढ़ा' जा सकता है। जब कोई चर्मक्लेश स्पष्ट रूप से अभिव्यक्त रहता है और किसी अतिरिक्त परीक्षण-रीति की आवश्यकता नहीं रह जाती, तब डॉक्टर निदान करता है। लेकिन इसके बाद भी वह आयुरी इतिहास के तथ्य संग्रह करता रहता है, जिससे उसे रोगी के जीवन और कार्य की परिस्थितियों के विषय में जानकारी मिलती है, वह रोगी के आंतर अंगों व नर्वतंत्र की अवस्था तथा अन्य तथ्यों का भी अध्ययन करता है। इन बातों से उसे विवेकसंगत चिकित्सा सुझाने और रोग-पुनरावर्तन के विरुद्ध कदम उठाने में सहायता मिलती है। डॉक्टर जितना ही सक्षम होगा, जितना ही समृद्ध उसका तत्त्विक अनुभव होगा, जितनी ही उसकी दृश्य-स्मृति विकसित होगी, उतनी ही सरलता के साथ वह स्फोट की प्रकृति

रूपलोचनी क्षतिया का रूप शरीर पर उनका वितरण स्थानों आकृत पाररेखा परिसर मत उनके सबध उनके घनापन आदि के आधार पर रोग का निदान कर सकंगा विशिष्ट प्रवाह वाले सभी चर्मरोगों के तल्लिक चित्रों की सूची बना देना सम्भव नहीं है, अतः हम लोग उदाहरण के लिये सिर्फ कुछेक चर्म एवं रक्त रोगों के नाम बताएंगे, जिनका तल्लिक निदान उनकी बाह्य अभिव्यक्ति मात्र से हो अपेक्षाकृत सरल हो जाता है।

फुसी, कोलफुसी, स्वेदग्रथिशोथ, सामान्य एक्थीमा, बहुरंगी वुसन, ललौसी, पाद-क्रीट (tinea pedis), वलय-कृमि, मोमिता का शल्की रूप, बुदबुदियानुमा शैवाक, कटिबधक विसर्प, ललामक्लेश, कठचर्नता, दिनाई, पित्ती, खर्जुक्लेश, चोरस शैवाक, कठव्रण, द्वितीयक सीर्फालिनी अवधि का विस्तृत कडाव आदि अनेक चर्म रोग हैं, जिनका प्रवाह 'क्लासिकल' रूप में होता है; इनका निदान अनुभवशील डॉक्टर सरलतापूर्वक कर सकता है। फिर भी कुछ स्थितियों में दृश्य-निदान कठिन होता है, क्योंकि अनेक चर्मरोगों में रूपलोचनी समानताएँ दृष्टिगोचर होती हैं और 'क्लासिकल' चर्मरोगों के तल्लिक चित्र तथा प्रवाह में भी अक्सर ऐसे लक्षण अवलोकित होते हैं, जो उनके लिये विशिष्ट नहीं होते (अविशिष्ट लक्षण, atypical features)। ऐसी स्थितियों में, जब स्फोट के रूप से और यहाँ तक कि अन्य सहायक परीक्षण-विधियों (परिस्पर्शन, पारदर्शन, स्फोटित क्षति के खुरचन आदि) से भी निदान में सफलता नहीं मिलती, तब डॉक्टर को रोगी का आयु-वृत्त अधिक विस्तार जमा करना चाहिए और उसकी शिकायतों को अधिक स्पष्ट करना चाहिए। आवश्यकतानुसार उसे आंतर अंगों और नर्वतंत्र का परीक्षण करना चाहिए (जरूरत पड़ने पर अन्य विशेषज्ञों के साथ मिलकर, रक्त व मूत्र का रूपलोचनी अवयवानुपात निर्धारित करने के लिए परीक्षण करना चाहिए तथा अन्य सामान्य एवं विशेष चर्मलोचनी परीक्षण करने चाहिए जैसे बिओप्टिक सामग्रियों का गदोतलोचनी परीक्षण, कवको की उपस्थिति की जाँच, त्रेपोनेमा पालीदुम, गोनोंकोक्स, मीकोबाक्टेरियम तुबरकुलोसिस, मीकोबाक्टेरियम लेप्रे तथा कटलक कोशिकाओं की जाँच, सीरमलोचनी रक्त-परीक्षण, इमूनोपेरोजिक परीक्षण आदि) ताकि निर्णायक निदान किया जा सके और रोग की हेतुलोचनी व गदजनक विशेषताएँ निर्धारित की जा सकें।

नीचे एक चर्मलोचनी रोगी के परीक्षणों का आरेख प्रस्तुत किया जा रहा है।

चर्म रोग के निदान में सावधानीपूर्वक संगृहित आयु-वृत्त (medical history) का महत्त्व बहुत अधिक है। उदाहरणार्थ, यदि किसी वृत्तिज रोग की आशंका हो, तो रोगी के काम की प्रकृति का ज्ञान होना आवश्यक है—बूचडखाने तथा खाद्य-संरक्षक कारखाने में काम करने वालों को अक्सर चर्मशोणवत्ता होती है,

कच्चे मांस (विशेषकर सुअर के मांस, आर मछली ससाधित करन जानों के साथ भी यही बात है। ग्वालो (दूध दुहने वालों) को ग्वाल-ग्रथिका और वृचडों आर चर्मकारों को सिबीरी व्रण होता है, पशु-करोर्जको, साईंसो नथा कनाग्रस्न पशुआ की देखभाल करने वालों को कनार (glanders) होता है। गरणकागी चर्मकृष्णिकता (toxic melanoderma) उन लोगों को होता है, जिन्हें अक्सर हाइड्रोकावन (तेल-परिष्करण, गैस आदि के उत्पादों) के संपर्क में काम करना पड़ता है। यदि घम लेइशमानता, कुष्ठ, फ्लेबोटोम-दंश (phlebotoderma) या किसी अन्य चर्मक्लेश की आशंका हो, तो यह पता करना चाहिए कि रोगी किसी ऐसे इलाके में तो नहीं रहा है (अल्पकाल के लिये भी), जहाँ ये रोग अवलोकित होते हैं (उदाहरणार्थ, मध्य एशिया या काकेशस में, यदि लेइशमानता की आशंका है, मयूरा-कवकता, उष्णकटिबंधीय त्रेपोनेमा-क्लेश आदि की आशंका होने पर गर्म जलवायु वाले देशों में)। यदि रोगी मूत्रमार्ग से स्राव और जननांग पर अपरदक व व्रणित क्षतियों की उत्पत्ति की शिकायत करता है, तो निदान के लिये पिछले सांयोगिक यौन संसर्गों के समय का ज्ञान महत्त्वपूर्ण होता है।

मौसमी प्रकृति के चर्मरोगों का निदान अक्सर सरल होता है। उदाहरणार्थ, वसंत व पतझड़ (शरद) ऋतुओं में बहुरूपी रिसालु ललामी, गुलाबी बुसन, पाविक ललामी व कटिबंधक विसर्प का विशेष कोप रहता है। प्रकाश-चर्मक्लेशों, ललामक्लेश, फ्लेबोटोम-दंश, शाद्वल चर्मशोथो, उग्र अधिचार्म तृणत्व आदि के रोगी डॉक्टरी सलाह के लिये पहली बार वसंत या गर्मी में आते हैं, शीतशोथ के रोगी सीलन और ठंडाये मौसम में शिकायत करते हैं।

कभी-कभी निदान में इस बात से भी सहायता मिलती है कि कुछ चर्मक्लेश पुनरावर्ती होते हैं (दिनाइ, खर्जूक्लेश, पादकीट, रिसालु ललामी, इयूरिंग-चर्मशोथ, सरल विसर्प आदि), या इसके विपरीत, कुछ में पुनरावर्तन की प्रवृत्ति नहीं होती है (गहन कीट, गुलाबी बुसन, कटिबंधक विसर्प आदि)।

औषधज स्फोट की शंका होने पर रोगवृत्त और भी अधिक महत्त्वपूर्ण हो जाता है—रोगी ही बताता है कि किसी नियत दवा को मुह (या किसी अन्य तरीके) से ग्रहण करने पर स्फोट पुनः प्रकट हो जाते हैं। यदि उसने इस तरह के सबध अवलोकित नहीं किये हैं, तो भी स्फोट की औषधजता को एकदम से नकारा नहीं जा सकता। सावधानीपूर्वक सगृहीत आयुर्वृत्त से स्पष्ट किया जा सकता है कि स्फोट तभी पुनरावर्तित होता है, जब रोगी चौकलेट, स्ट्राबेरी, चिगट (lobster) या कोई फल खाता है, जो इनके प्रति अति संवेदनशील व्यक्तियों में चर्मगरणता, पित्ती आदि संप्रेरित करता है। यदि परीक्षण के समय रोगी के यक्ष्मा, सीफीलिस आदि रोगों, यकृत, जठरांत्र-मार्ग व रक्त की बीमारियों अथवा नर्वतंत्र, अंतर्स्वावी

ग्रन्थों की गड़बड़ों का वृत्तांत ज्ञात हो या यह पता नो कि रोगी इनमें से किसी बीमारी से ग्रस्त है ना निदान में सहायता मिलती है।

रोगी से पूछताछ करने पर कभी-कभी रोग की खानदानी प्रकृति स्पष्ट होती है, जिसके आधार पर खाज, चर्मकवकता, आनुवंशिक व जन्मजात चर्मरोग (शृंगीकृत रोगों के कतिपय रूपों, डारिया रोग आदि) का निदान किया जा सकता है। खुजली की उपस्थिति (या अनुपस्थिति), तीव्रता, स्थल तथा उग्रता-काल (दिन में या रात में उग्र होता है ?) से संबंधित सूचनाएँ भी प्राप्त की जाती हैं।

यह भी ध्यान में रखना चाहिए कि कुछ रोग सिर्फ पुरुषों या सिर्फ स्त्रियों को होते हैं। उदाहरणार्थ, पर्विका-कटु, चिरकालिक लोमटृणत्व, क्रमिक कठचर्मता और पार्श्वक ललामी ज्यादातर स्त्रियों में पायी जाती हैं, जबकि गुड्डल नाक गुल्मवत् मुहासा आदि अक्सर पुरुषों को होते हैं।

स्वाभाविकतः आयु-वृत्त में निम्न विषयों से संबंधित विलकुल सही सूचनाएँ सन्निहित होनी चाहिए—रोग के प्रथम (बाह्य) लक्षण कब प्रकट हुए, उनका स्थान व जीवन-काल, उनमें कैसे-कैसे परिवर्तन हुए हैं (प्रक्रिया की प्रकृति), बारबारता, पुनरावर्तन और उपशमन (शैथिल्य या विमोचन) की अवधि (यदि ऐसा होता है), भोजन (पथ्य) और विगत चिकित्सा पर स्फोट की निर्भरता, चिकित्सा का कारगरता (effectiveness)।

चर्मलोचनी रोगी से रोगवृत्त से संबंधित जीवन-वृत्त की पूछताछ वैसी ही होती है, जैसी आंतर रोगों के तत्पालय में।

रोगी के परीक्षण में अगला कदम है—उसकी सामान्य अवस्था और अलग-अलग अंगों व शरीर तंत्रों (body systems) की अवस्था का वर्णन।

बच्चों और बड़ों की चिकित्सा के लिये भौतिकीय विधियाँ

चर्मरोगों की चिकित्सा में भौतिकीय विधियों का विस्तृत उपयोग है। उनका प्रभाव भौतिकीय कारक के उपयोग-स्थल द्वारा निर्धारित होता है, इसके अतिरिक्त इसे खुराक-बद्धित उपयोग का पूरे शरीर के कार्य पर नियामक प्रभाव पड़ता है (यह प्रथम एवं द्वितीय सिगनल-तंत्र पर प्रतिवर्त-प्रक्रिया द्वारा अभिक्रिया करता है)।

प्रयुक्त भौतिकीय कारक का प्रभाव रोगी को समझा देने पर रोगी के द्वितीय सिगनल-तंत्र पर इसका विशेष अच्छा प्रभाव पड़ता है।

भौतिकीय घटक (प्राकृतिक और कृत्रिम) नियत परिस्थितियों और उचित खुराक में प्रयुक्त करने पर वे कोशिका-पोषण को सही करते हैं या शरीर के कार्यों

को उद्दीपित करते ॐ

विद्युत् थेरापी

चर्मलोचक के चिकित्सानुशीलन में स्थिर और प्रत्यावर्ती दोनों ही धाराओं का उपयोग होता है। गैल्वेनी और डायोडिनामिक धाराएँ स्थिर होती हैं, जबकि डायथर्मि और पराउच्च-आवृत्तिक धाराएँ प्रत्यावर्ती होती हैं।

गैल्वेनी धारा (Galvanic current, galvanism) का उपयोग चर्मलोचन में चर्म के पार दवा भेजने के लिये होता है (आयनोटोफोरेसिस या गैल्वेनी-आयनन, एलेक्ट्रोफोरेसिस—‘विद्युत् से प्रवहन’) या स्थिर धारा (विद्युविश्लेषण) से प्लैटिनम के लाल तप्त द्वारा ऊतक के प्रदाहन के लिये होता है।

विद्युत्प्रवहन शरीर में विभिन्न आयनों का प्रवेश सम्भव बनाता है, ये आयन निम्न हो सकते हैं—धातु के, क्षारवत्तों के, जैव नीचायन (कैटायन) एवं ऊचायन (ऐनायन), धातुवत्तों के, अम्लीय मूल के आदि।

चर्मलोचनी प्रैक्टिस में अक्सर प्रयुक्त कारक निम्न हैं—कैल्सियम क्लोराइड का 0.5-2.0 प्रतिशतीय घोल (स्पष्ट शोथी प्रतिक्रिया और खुजली से युक्त परोर्जिक चर्मक्लेशों में), मैग्नेशियम सल्फेट का 20-30 प्रतिशत घोल (कीलको की चिकित्सा और नर्वतंत्र पर शांतिदायक प्रभाव के लिये), पोटेशियम या सोडियम आयोडाइड का 0.5-1.0 प्रतिशत घोल (गुल्मवत क्षताक तथा चिरकालिक शोथ-केंद्र दूर करने के लिये), सोडियम ब्रोमाइड का 2 प्रतिशत घोल (कटिवधक विसर्प तथा पीडाजनक शोथी-प्रक्रियाओं को दूर करने के लिये), इड्रियामॉल का जल में 1.0 प्रतिशत घोल (चिरकालिक अतस्पर्दन को शीघ्र विलीन करने के लिये), कॉपर सल्फेट का 1.0 प्रतिशत घोल (फुमीक्लेश की चिकित्सा के लिये), जिंक सल्फेट का 1.0-2.0 प्रति प्रतिशत घोल (सामान्य मुहासा, फुसीक्लेश, स्नाफीलोकोक-जनित लोमकूपशोथ, लाइलाज व्रणसतह में)।

डायोडिनामिक धारा भी एक स्थिर विद्युत् धारा है, यह एक सदिष्ट निम्नावृत्तिक ज्यावत धारा है। इस धारा को उत्पन्न करने वाला उपकरण ‘डायोडिनामिक’ कहलाता है। चर्मलोचन में इसका उपयोग सिर्फ पीडा-शमन और प्रतिकण्डुक प्रभाव के लिये होता है (प्रतिवर्त के सहारे)।

डायथर्मि (फारोप्मन) प्रत्यावर्ती धारा से संबंधित है, जिसकी ध्रुवीयता प्रति सेकेंड 3000000 बार बदलती है। विद्यु-चिनगारी वाले डायथर्मि उपकरण अब प्रयुक्त नहीं होते, उनकी जगह लैपयुक्त डायथर्मि का उपयोग होता है। इस धारा का उपयोग स्थानीय तौर पर गहरे ऊतकों को गर्म करने के लिये होता है (एक्स-रे या तुपारण से उत्पन्न व्रण, क्षताक, सीमित कठचर्मता-अधिकेंद्र में) और प्रतिवर्त

धारा मा तन्म वनीय डायथमी क नाम से जाना जाता है (रनाउड रंग वसरित तलन गर इथला स अतिस्वदन आदि में) मीस के प्लेटा से बन विद्युत् (current) मीय त्वचा पर लगाय जात ह, क्योंकि इस धारा में विद्यु-विश्लेषण नहीं होता और इमीनिये उग्ध भी नहीं होता। डायथमी ऊतकों में तापोत्पादन मप्ररित करता है। चर्मलोचन में डायथमीकोएगुलेशन (पारोष्मस्कंदन) या करोजिक पारोष्मन के उपयोग में ऊतक का नाश प्रोटीन-स्कंदन के फलस्वरूप होता है। सक्रिय विद्युत् की काजकर सतह बहुत छोटी होती है, जैसे सुई की नोक, गुलिका, नन्हें पाश आदि के रूप में। पारोष्मस्कंदन का उपयोग निम्न को नष्ट करने में होता है—कीनक, पिटिकार्ब, चर्मरिशार्ब, कृभिक तिल, दूरकुभी-विस्फारण। इसका उपयोग मुहासा की चिकित्सा और गोदना दूर करने में भी होता है; अतिलोम में निर्लामन के लिये भी।

परावृत्तिक धारा (ultrahigh-frequency current, UHF) 1 से 30 करोड प्रति सेकंड आवर्तन वाली प्रत्यावर्ती धारा को कहते हैं; यह विद्युचुंबकीय क्षेत्र उत्पन्न करता है। परावृत्तिक धारा का स्रोत (अर्थात् पराल्प तरंगों का जनित्र) सिद्धान्त डायथमी-उपकरण जैसा होता है। विद्युत् के रूप में विभिन्न परिमाणों तथा आकृतियों के प्लेट प्रयुक्त होते हैं। विद्युत् त्वचा से जितना ही दूर होते हैं, परावृत्तिक धारा का असर उतना ही गहरा होता है। चर्मलोचन में विद्युत् प्लेट को रोगी चर्म-क्षेत्र के निकट ही रखा जाता है क्योंकि चर्म पर प्रभाव डालना होता है (रोमकूपशोथ, फुसी, कॉलफुसी, पूयता आदि में)। उपयोग-सूत्र—5 से 10 मिनट।

एक्स-रे और बुक्की-किरणें (Bucky's rays) कुछ समय पहले चर्मलोचन में एक्स-किरणों का विस्तृत उपयोग था, क्योंकि उनकी अभिक्रिया प्रतिशोथी, प्रतिकडुक और विलयकारी होती है। ये निम्न रोगों की चिकित्सा में प्रलिखित होती हैं—नार्बचर्मशोथ, चौरस शोवाक, दिनाड, सामान्य एव कैशोर मुहासे, नाक पर लाल कर्णों की उत्पत्ति, कोग्लोवाटा मुहासा, स्वेदग्रथिशोथ, खर्जुक्लेश, गुल्मवत क्षनाक, उपकलार्ब आदि। फिर भी अनुभव बताते हैं कि शोथी चर्मक्लेशों पर एक्स-किरणों से चिकित्सा का प्रभाव अधिक स्थायी और दीर्घकालीन होता है, जबकि अन्य रोग चिकित्सा का प्रतिरोध करते हैं। अन्य रोगों की स्थिति में एक्स-किरणों से चिकित्सा के अमफल होने पर इलाज में परिवर्तन से कोई लाभ नहीं होता, अन्य चिकित्सा-रीतिया भी अकारगर सिद्ध हो जाती हैं। इसके अतिरिक्त, एक्स-किरणों से विभिन्न जटिलताएँ भी उत्पन्न हो सकती हैं (एक्स-रे-जनित चर्मशोथ, चर्म-कुपोषणता, व्रणन, कभी-कभी दुर्दम अवजनन भी)। इन कारणों से अब चर्मलोचन में एक्स-किरणों का उपयोग नौवर्धों (new growths) तथा उन चर्मक्लेशों की चिकित्सा तक ही सीमित रह गया है, जो अन्य रीतियों से ठीक नहीं होते।

अब मध्यम (वुक्की के) किरणों का उपयोग अधिक होन लगा है, जैसे- मुहास, परिसीमित नर्वचर्मशोथ (वाइडल का चिरकालिक सामान्य शैवाक), चिरकालिक दिनाइ, गुल्मवत क्षताको आदि में।

हाल ही में पैर के चिरकालिक कुपोषण व्रण की चिकित्सा में लेसर के उपयोग का परीक्षण किया गया है।

परास्वनिक चिकित्सा—परास्वनिया तापीय, यांत्रिक, भौतिकीय तथा रासायनिक प्रभाव डालती है। इनका उपयोग प्रत्यक्ष (त्वचा, पेशियों, संधियों पर) या अप्रत्यक्ष (मेरु पथो, अनुकपी नर्वकबंधो आदि पर) होता है। चर्मलोचन में परास्वनियो का प्रत्यक्ष स्थानिक उपयोग स्वेदग्रथिशोथ, स्थानाबद्ध खुजली, परिसीमित नर्वचर्मशोथ, खर्जुक संधिरोग तथा कुपोषज व्रणों की चिकित्सा में हांता है। आंशिक अप्रत्यक्ष उपयोग निम्न रोगों में सुसंकेतित है—चिरकालिक पुनरावर्ती पित्ति, हर तरह की खुजलिया, विसरित नर्वचर्मशोथ, विसरित कठचर्मता परास्वनियो से औषधो (विटामिन ए, हाइड्रोकोर्टीजोन इमल्शन आदि) का आधान स्वनप्रवहन कहलाता है। इस तरह की चिकित्सा हथेलियों और तलवों के खर्जुकलेश, नर्वचर्मशोथ के परिसीमित रूपों तथा अतीव्र चरण पर स्थानाबद्ध दिनाइ में लाभकर होती है।

प्रकाश-चिकित्सा—इसमें मुख्यतः सौर स्पेक्ट्रम की लघुतरंगी किरणों का उपयोग होता है (सौर-चिकित्सा), कृत्रिम प्रकाश-स्रोतों से उत्सर्जित किरणों, विशेषकर पराबैंगनी किरणों का उपयोग फोटो-चिकित्सा कहलाता है।

सौर-चिकित्सा—सूर्य की किरणी ऊर्जा में पराबैंगनी किरणों का स्पेक्ट्रम भी आता है, जो शरीर में जीवरासायनिक प्रक्रियाओं को प्रोत्साहित करता है। लेकिन यह भी ध्यान में रखना चाहिये कि पराबैंगनी किरणें डेनू अम्ल (DNA) का सश्लेषण दमित करके ऊतकों का लसीकीय कार्य दमित कर देती हैं। सौर किरणी ऊर्जा के अन्य अवयव, जैसे अवरक्त एवं दृश्य किरणें शरीर को पराबैंगनी किरणों के प्रति संवेदनशील बनाती हैं, जिससे शरीर पर उसका प्रभाव बढ़ जाता है। चिकित्सा के लिये सूर्य-स्नान (सूर्यातपन) की अनेक रीतियां हैं, जो सौर-चिकित्सा प्रलिखित करने के उद्देश्य, चर्म में रोग-प्रक्रियाओं की तीव्रता तथा रोगी की सामान्य अवस्था पर निर्भर करती हैं।

पराबैंगनी किरणों की अभिक्रिया बहुविध है—केंद्रीय एवं पनपू नर्व-तंत्रों पर लाभप्रद प्रभाव, पीडाशामक, प्रतिकडुक एवं बैक्टेरियानाशक प्रभाव; बालों का वर्धन, वपा एवं स्वेद के स्राव को प्रोत्साहन। इसीलिये चर्मलोचन में ये किरणें बहुमूल्य मानी जाती हैं। सौर चिकित्सा सार्वदैहिक विकिरण के रूप में अक्सर निम्न रोगों में प्रयुक्त होती है—फुसीकलेश, एक्थीमा, खर्जुकलेश (स्थायर एवं अवरोही चरणों पर), वपास्त्रावी एवं जीवाणुक दिनाइ और नर्वचर्मशोथ में।

फोटो चिकित्सा चमलैन में इसका उपयोग मुख्यतः कृत्रिम पराबगनी किरणों से होता है, जो वाख, क्रामेयर, फीन्सेन द्वारा निर्मित पारद-वाष्प से युक्त लेपा से प्राप्त होती है। पहले जैवखुराक अर्थात् पराबगनी किरणों के प्रति व्यक्तिगत संवेदितता की अवसीमा (निम्नतम मात्रा) निर्धारित की जाती है। जैवखुराक निश्चित दूरी पर स्थित लैंप द्वारा ललामी उत्पन्न होने के समय (मिनटों) की इकाइयों में नापी जाती है। इस समय में पराबगनी किरणों की जो मात्रा प्राप्त होती है (ललामी उत्पन्न करने के लिये), उसे ललामिक खुराक कहते हैं। भिन्न चमरोगों में त्वचा के भिन्न क्षेत्रों के विकिरणन के लिये जैवखुराक की संख्या भिन्न होती है।

वाख के लैंप से विकिरण का उपयोग मुहासे और चर्मशोणवत्ता में होता है—एक दिन बीच देकर एक ललामिक खुराक; शीतशोथ में उपललामिक खुराक प्रतिदिन, चर्मशोण में जैवखुराक की 7-8 गुनी मात्रा। क्रोमेयर-लैंप का उपयोग निम्न रोगों में होता है—खोतेदार खल्वाटता, गुल्मवत क्षतांक, चर्म-यक्ष्मा।

सामूहिक विकिरणन के लिये भी स्थावर एवं सुवाह्य लैंपों का विस्तृत उपयोग होता है। स्थानिक फोटो-चिकित्सा के लिये निम्न लक्षणों को ध्यान में रखना चाहिए (इनका सिर्फ शैक्षणिक महत्त्व है)—(1) जब रूपलोचनी परिवर्तन ललामी, वस्तिका या बुल्ला के रूप में उत्पन्न होते हैं (पिप्ती, दिनाइ के कुछ रूपों तथा बहुरूप रिसालु ललामी में); चिकित्सा जैवखुराक की चौथाई या इससे भी कम मात्रा से शुरू करनी चाहिए—600 वर्ग सेटीमीटर विस्तृत त्वचा के विकिरणन से। विकिरणन नित्य किया जाता है और हर दो-तीन सत्र बाद चौथाई जैवखुराक बढ़ा दी जाती है, कुल दैनिक खुराक 2 से 2.5 जैवखुराक तक बढ़ायी जा सकती है, विकिरण की कुल संख्या 15 से 20 तक हो सकती है। (2) स्थावर चरण पर पिटकीय क्षतियों वाले रोगों (चौरस शैवाक खर्जुक्लेश, परिसीमित नार्बचर्मशोथ) में विकिरणन 1.5-3-5 जैवखुराक से शुरू किया जाता है, 100 वर्ग सेटीमीटर विस्तृत त्वचा से। विकिरणन हर दो से पांच दिन पर दोहराया जाता है (जब पूर्ववर्ती विकिरणन की प्रतिक्रिया दूर हो जाती है); हर अगले विकिरणन में 1.5-3 से 7-8 तक जैवखुराक जोड़ी जाती है, कुल विकिरणन-संख्या 10 से 15 बार तक। (3) गठिक स्फोटो (tubercular eruption) में (जैसे चर्म-यक्ष्मा लेइशमैनता आदि के स्थावर चरण पर) पैठन-केंद्र पर फीन्सेन या क्रोमेयर के फिल्टर-युक्त लैंप से तीव्र विकिरण (15-25 ललामिक खुराक तक) प्रलिखित किया जाता है।

सौर एवं कृत्रिमप्रकाशीय चिकित्सा निम्न रोगों में प्रतिसंकेतित है
 वृका दागी वर्णकीय चर्मशुष्कता खलोआज्मा

सूयातपन निम्न गग स्थितियों में प्रतिसकृति होता है हल्कुभिक तत्र के नीव गेगा मे, कद्रीय नर्वतत्र के शरीरगत गगा म, अपस्मार, रक्त गेगा, दुदम नोवर्धो, ढालगरलता, मधुमेह, तीव्र नर्व-दुर्वलता व पनपुज क्लेश (दा पनपुज कृतान), फुफ्फुसी यक्ष्मा के आगेही रूप, प्रकाशसंवदीकरण, दिनाइ तथा नावचमशाथ के आगेही चरण, खर्जूक्लेश के ग्रीष्म रूप में, दुर्वल एव कृशकाय लोगों के लिय भी प्रतिसकेतित है।

शीत-चिकित्सा—इसमें कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ का उपयोग होता है। द्रव नाइट्रोजन से हिमित करने का भी उद्देश्य यही होता है। शीत-चिकित्सा की खुराक रोग-केन्द्र की सतह पर कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ से अभिक्रिया कराने के समय और सतह पर बर्फ लगाने के दाब की मात्रा द्वारा निर्धारित होती है। यहा दाब की माप आत्मगत है, इसीलिये बर्फ बिना किसी दाब के ही रखना चाहिए और खुगक की मात्रा सिर्फ समय द्वारा नापनी चाहिये। जिस गहगई तक जमाना (हिमित करना) हो, उसके अनुसार बर्फ का उपयोग-काल 5-10 सेकेंड से लेकर (जिससे रक्तातिरेक, कभी-कभी शोफ और अपशल्कन होता है) 30-40 सेकेंड तक (जिससे घोर रक्तातिरेक, शोफ, बुल्ला, खट्ठी उत्पन्न होती है) और यहा तक कि 1-2 मिनट भी हो सकता है (जिससे ऊतक की मृत्यु हो जाती है)। शीत-चिकित्सा की खुराक रोग-प्रक्रिया के तत्पिक चित्र के आधार पर ही नहीं, क्षत क्षेत्र की अनाटोमिक-स्थलिक विशेषताओं के अनुसार भी निश्चित की जाती है। रोगी की उम्र तथा अन्य घटकों को भी ध्यान में रखना पडता है।

ठोस कार्बन-डाई-आक्साइड (अर्थात् इसकी बर्फ) से निम्न रोगों की चिकित्सा होती है—चिरकालिक चकतीनुमा ललामिक वृका, बलयाकार कणार्ब, आसे रोजासेआ (ance rosacea) परिसीमित नार्बचर्मशोथ, चौरस शैवाक (अतिपोषित रूप), पर्विका-कडु, कुभिकार्ब, कीलक (सामान्य या चौरस), वयज शृगार्ब। यदि बच्चे की चिकित्सा में करोर्जिक डायेथर्मी और शीत-चिकित्सा का विकल्प उठे, तो अतिम को चुनना चाहिए, क्योंकि बच्चे इसे कही अधिक सरलता से सहन कर लेते है (चौरस एव सामान्य कीलक, कुंभिक तिल, बलयाकार कणार्ब आदि में)।

क्षतियों पर स्थानिक प्रभाव डालने की रीति के रूप में शीत-चिकित्सा निम्न परिस्थितियों में प्रतिसकेतित है—चकतीनुमा और प्रकीर्णित ललामिक वृका के विसरित रुयों तथा ललामिक वृका के तीव्र रूप में।

प्राकृतिक घटकों से चिकित्सा

प्राकृतिक-चिकित्सा में रोगी के शरीर पर एक साथ कई घटकों से अभिक्रिया

करायी जाती है निम्न प्रकार— एकमी स्थान विशेष की जलवायवी परिस्थितियाँ खनिज जल स्नान, क्रीडा, समुद्रजल, नदियाँ के मुहाने आदि। संवित्त सध मे स्वास्थ्य की दृष्टि स गेमे लाभपट स्थाना पर विशेष निरोगालय और विश्राम गृह निमित्त क्रिय गये हे, जहा गेगी पर चिकित्सा के कई उपाय एक साथ सकुल मे लागू क्रिये जान हे। यहा चर्मक्लेश की प्रकृति के अनुसार प्राकृतिक घटको के अतिरिक्त अन्य आर्गिक एवं वाह्य औषधप्रधान चिकित्साए भी सुलभ करायी जाती है, जिससे कम समय मे अधिक फायदा होता है। प्राकृतिक चिकित्सा से रोग-शमन की अवधि बढ जाती है और पुनरावृत्ति की संख्या कम हो जाती है।

चर्मक्लेशों के तीव्र चरण पर रोगियों को प्राकृतिक चिकित्सा के लिये नहीं भेजा जाना। गेगी (विशेषकर बच्चों) के शरीर पर प्राकृतिक एवं खनिज घटको के प्रभाव बहुविध होते हे, खासकर ऐसे, जो हार्मोनी एवं रसीय परिवर्तन उत्पन्न करते हे, इसीलिये रोगी को चुनने वक्त उसके चर्म की अवस्था को ही नहीं, उसकी सामान्य शारीरिक अवस्था को भी देखना चाहिए। यह बात विशेषकर उन रोगियों पर लागू होती है, जिन्हे ग्रीष्म मे दक्षिणी इलाको के निरोगालयों मे भेजा जाता हे। तीन वर्ष से कम के बच्चों को प्राकृतिक निरोगालय भेजने की सलाह नहीं दी जानी, यदि आतर अंगों के लिये कोई भी प्रतिसंकेत न हो, तब भी। तीन वर्ष से बडे बच्चों को भेजने का निर्णय हल्कुभिक तत्र एवं अन्य आतर अंगों से संबधित सूचनाओं के आधार पर लिया जाता है।

निम्न क्लेशों से ग्रस्त रोगियों की चिकित्सा निरोगालयों मे सफलतापूर्वक हो जाती है—खर्जुक्लेश, दिनाइ, नार्बचर्मशोथ, चौरस शैवाक, त्वचा पर खुजली, बच्चों व बड़ों मे कडु, कठचर्मता, पित्ती, मीनचर्मता, जन्मजात बुल्लंदार अधिचर्मलय चर्म-यक्ष्मा के चढ रूप (सामान्य वृक्का, पिटकोमृत्तिक गठिक्लेश, कठललामी) पेरो के व्रण आदि। प्राकृतिक निरोगालयों में इनका इलाज रोग की स्थावर या अवरोही अवस्थाओं मे और उपशमन-काल में किया जाता है, जिससे पुनरावृत्ति बहुत ढेर बाद होती हे या बिल्कुल नहीं होती।

वायु-स्नान और सौर-चिकित्सा

वायु-स्नान और सौर-चिकित्सा की लबाई (समय) गेगी की उम्र और सामान्य अवस्था द्वारा निर्धारित की जाती है, इससे शरीर का कठोरन होता हे (रोग-प्रतिरोध की क्षमता बढती है), पूरे शरीर और विशेषकर चर्म के इमूनोजेव गुण सुधर जाते हे। ऐसी अभिक्रियाओं की प्रकृति बिल्कुल शरीरलोचनी होती है, इसीलिये ये किसी भी प्राकृतिक चिकित्सा के आवश्यक अंग हैं। इनका उपयोग विभिन्न जलवायवी परिस्थितियों के अधीन वसंत तथा ग्रीष्म ऋतु मे संभव है।



वायु स्नान शुरू में 5-10 मिनट तक किया जाता है फिर धीरे-धीरे इस अवधि को 1 या 2 घंटे तक बढ़ाया जाता है। वायु-स्नान दिन में अलग-अलग समय पर किया जाता है, लेकिन नाश्ते या भोजन के बाद नहीं।

बच्चों के लिये वायु-स्नान 2 या 3 महीने की उम्र से प्रारम्भ किया जाता है—शिशु को दिन में दो बार कुछ मिनटों के लिए नंगे छोड़ दिया जाता है। इसके साथ-साथ बच्चे को व्यायाम भी कराया जा सकता है। मौसम और बच्चों की प्रतिक्रिया अनुकूल होने पर वायु-स्नान क्रमशः 20-60 मिनट तक बढ़ाया जा सकता है।

समुद्र-स्नान

समुद्र में स्नान से शरीर पर निम्न घटकों का मिला-जुला प्रभाव पड़ता है—जल में घुले लवणों व गैसों का, यांत्रिक क्षोभों का (जल के घनत्व, नन्ही तरंगों से कपन-मालिश आदि), धूप व समुद्री हवा का। समुद्री पानी में विभिन्न लवण 1 से 5 प्रतिशत तक की सांद्रता में घुले होते हैं, ये लवण निम्न आयनों के रूप में विघटित रहते हैं—सोडियम, कैल्शियम, क्लोरीन, मैग्नेशियम, ब्रोमीन, आयोडीन आदि के। चिकित्सा के लिये समुद्र-स्नान अभी प्रारम्भ किया जाता है, जब पानी का तापक्रम कम-से-कम 18°C हो (बच्चों के लिये इसे 2 या 3°C ऊँचा ही रहना चाहिए)। रोगी शुरू-शुरू में 2-3 मिनट तक पानी में रहता है, फिर वह अवधि क्रमशः 10-15-20 मिनट तक बढ़ाई जाती है। चिरकालिक चर्मरोगों से ग्रस्त बच्चों को 3 वर्ष की उम्र के बाद ही समुद्र-स्नान प्रारम्भ करना चाहिए। शुरू में कुछ बार उन्हें अभी नहाना चाहिए, जब पानी का तापक्रम $21-23^{\circ}\text{C}$ से कम न हो और वे उसमें 2 या 3 मिनट तक टहर सकें। समुद्र-स्नान से चिकित्सा शुरू करने के पहले कुछ दिनों तक बच्चे को वायु-स्नान कराया जाता है और उसका शरीर समुद्री पानी से मला जाता है। उत्तरी (अधिक ठंडे) इलाकों से आये बच्चों के लिये एक अनुकूलन-अवधि की आवश्यकता पड़ती है।

समुद्र-स्नान निम्न स्थितियों में प्रतिसंकेतित होता है—यक्ष्मा की सक्रिय प्रावस्था, रूमेटिज्म, तीव्र खीरकठोरन, गुर्दों, जठरांत्र मार्ग एवं रक्त की बीमारियों, हृत्कुम्भिक एवं हृत्क्लोमिक अपूर्णता के स्पष्ट लक्षणों आदि में।

गाह-चिकित्सा

गाह्य (स्नान-लायक) प्राकृतिक वस्तुओं में खनिज जल मुख्य उपचारक घटक है। भूगत जल के जितने भी ऐसे प्रकार हैं, जो उनमें विलीन गैसों, अन्य खनिज द्रव्यों तथा सक्रिय चिकित्साकारी आयनों के कारण उपचारक गुण रखते हैं,

आधुनिक वर्गीकरण के अनुसार खनिज जल ८ सात गाढ़ प्रकार हैं—
 किन्हीं विशेष अवयवों तथा गुणों में हीन जल; (2) कार्बनित जल, (3) गंधक-युक्त,
 (4) लोहा, मखिया आदि से युक्त, (5) ब्रोमीन, आयोडीन से युक्त तथा जैव द्रव्यों
 से समृद्ध; (6) रश्मिसक्रिय रेडोन से युक्त, (7) सिलिकन धर्म। इस वर्गीकरण में
 खनिज जल के भौतिकीय व रासायनिक गुणों और शरीर पर उसके प्रभाव का
 मिलाने की कोशिश की गयी है।

तापक्रम के अनुसार खनिज जल ठंडा, गुनगुना या गर्म होता है।

गंधक (हाइड्रोजन सल्फाइड), रेडोन से युक्त जल, कार्बनित खनिज जल
 तथा सिलिकन धर्म से युक्त जल का चर्मलोचन में विस्तृत उपयोग है।

कार्बनित (कार्बन-डाई-आक्साइड से युक्त) जल में शरीर डुबाकर रखना
 (गाहन) उन चर्मक्लेशों में लाभकर होता है, जिनमें तीव्र शोथ नहीं होता (जैसे
 सुप्तावस्था में खर्जूक्लेश और नार्वचर्मशोथ, चिरकालिक दिनाइ, कडु आदि में) और
 नो स्थायी श्वेत या हल्की लाल चर्मग्राफी से लछिन होते हैं। इसके प्रतिसकत
 हैं—हृत्पेशी का इन्फार्क्ट, वृक्कशोथ, गुर्दक्लेश।

हाइड्रोजन सल्फाइड से युक्त जल में गाहन 5-10 मिनट तक एक-एक या
 दो-दो दिनों के अंतराल पर किया जाता है। इसमें स्वतंत्र हाइड्रोजन सल्फाइड की
 सांद्रता 30-40 से 100-150 ml/l तक हो सकती है। इसमें गाहन निम्न स्थावर
 या अवरोधी चर्मक्लेशों के लिये सुसंकेतित है—दिनाइ, खर्जूक्लेश, नार्वचर्मशोथ,
 कठचर्मता, चौरस शैवाक, पित्ती, मीनचर्मता आदि। प्रतिसकत वे ही हैं, जो सभी
 प्राकृतिक चिकित्सा के लिये होते हैं, इनके अतिरिक्त निम्न प्रतिसंकेत भी हैं—क्लोगमिक
 (फुफ्फुसी) यक्ष्मा, यकृत तथा गुर्दे की बीमारियाँ, ढालगरलता।

हाइड्रोजन सल्फाइड से युक्त गर्म जल में हाथों और पैरों का गाहन
 स्थानिक गाहन-विधि है। बैठकर गाहन या आरोही फुहार में स्नान मूलाधार या
 पृष्ठद्वार में दिनाइ की चिकित्सा के लिये प्रयुक्त होता है; सल्फर या वीखी
 (vichy) से युक्त जल की फुहार में स्नान की सलाह खर्जूक्लेश तथा कठचर्मता
 के स्थावर रूपों में दी जाती है; सल्फर-युक्त जल से शिरोवल्क तथा चेहरा धोना
 वपान्नाव में लाभदायक होता है।

रेडोन से युक्त जल में गहन का प्रभाव हाइड्रोजन सल्फाइड में गाहन की
 अपेक्षा अधिक नर्म होता है। इससे चर्म के शोथ-केद्रे में हिस्टामिन, सेरोटोनिन
 तथा ब्राडीकीनिन जैसे जीवलोचनी सक्रिया क्षोभक द्रव्यों के बनने की तीव्रता कम
 हो जाती है। स्थायी लाल विसरित चर्मग्राफी से लछित दिनाइ तथा पित्ती की
 स्थिति में रेडोन-स्नान चर्मगत कुभियों की बेधिता कम करके तथा साथ ही उन्हें

संकोचित करक राग के तीव्र शोथी प्रवाह का कम कर देता है यह प्रगामी खर्जुक्लेश, नापचमशोथ और कडु में भी लाभकर होता है। गाहन-काल 5 से 15 मिनट तक वाछनीय है।

सोवियत सघ में विशेष निरोगालय बनाये गये हैं, जहाँ नार्वचर्मशोथ, दिनाइ, कडु तथा कठचर्मता से पीडित बच्चों चिकित्सार्थ भजे जाते हैं। प्राकृतिक चिकित्सा में प्रयुक्त ये खनिज द्रव्य उन लोगों के लिये हानिकर (प्रतिसंकेतित) हैं, जो हृत्कुम्भिक तंत्र तथा अन्य आंतर अंगों की बीमारियों, चर्म के नौवर्धों तथा चर्मरुणता के शिकार होते हैं।

सिलिकन-युक्त जल में गाहन रेडोन-गाहन जैसा ही प्रभाव डालता है, क्योंकि उसमें खनिज लवण बहुत कम होते हैं और वह क्षोभ नहीं उत्पन्न करता। इसीलिये इसका उपयोग अनेक चर्मक्लेशों के उग्र एवं प्रगामी होने के समय भी संभव है। इसके प्रतिसंकेत अन्य खनिज-चिकित्साओं जैसे ही हैं। गाहन बड़ों के लिये प्रतिदिन तथा बच्चों के लिये एक दिन बीच देकर वाछनीय है। गाहन-काल 5 से 15-20 मिनट तक हो सकता है, चिकित्सा 15 से 20 बार में सपन्न होती है।

पंक-चिकित्सा

सोवियत सघ में करीब सौ निरोगालय हैं, जिनमें लोगों की चिकित्सा रोगहर पंक से की जाती है। गाद (जैसे नदी का मुलायम पंक) और पांस (क्षारीय एवं अम्लीय पांस—जैव मूल के सड़ने से बने कीचड़) में भेद करना चाहिए; इनमें उपस्थित सक्रिय अवयवों (हाइड्रोजन सल्फाइड, लोहा आदि) का अनुपात भिन्न होता है।

रोगहर पंक को $40-44^{\circ}\text{C}$ तक गर्म करने पर उसमें स्पष्ट विलयकारी गुण आ जाते हैं। $35-37^{\circ}\text{C}$ तापक्रम पर पनपू नर्वों के नियमन और उद्दीपन का गुण व्यक्त होता है। खनिज जलो की तुलना में रोगहर पंक अधिक ताप-चालकता और कम ताप-ग्राहिता रखता है। पंक-चिकित्सा का उपयोग निम्न चर्मरोगों में किया जाता है—अतस्पर्शित परिसीमित अधिकेंद्रों वाले खर्जुक्लेश, संधार्त्तिक खर्जुक्लेश, परिसीमित एवं विस्तरित नार्वचर्मशोथ, चिरकालिक घट्टा और शृंगिक दिनाइ, कठचर्मता के परिसीमित अधिकेंद्र और चौरस शैवाक के अतिपोषित रूपों में। पंक का उपयोग चर्म के नौवर्धों, रक्तरोगों तथा हृत्कुम्भिक अपूर्णता की स्थितियों में प्रतिसंकेतित है।

नफथालान तेल से चिकित्सा

नफथालान (naphtalan) तेल प्रतिशोथी प्रभाव डालता है और उपकला को

शीघ्र पनपाता है। इस तेल में गाहन निम्न रागा में सुसंकोतित ठा खजुक्लेश चिरकालिक दिनाइ नार्चर्मशोथ कड़ु चम खुजला पिती चारस शैवाक कटचमता आर मीनचर्मता। गाहन-काल 5 से 15-20 मिनट तक हो सकता है, तब का तापक्रम 36-28°C होना चाहिए, चिकित्सा 15 से 20 बार गाहन से मपन्न होती है। सहनशीलता के अनुसार गाहन एक से तीन दिन के अंतरालों पर प्रयुक्त होता है। वसन और ग्रीष्म ऋतु में जिन लोगों का दिनाई या खजुक्लेश उग्र रूप धारण करता है, उनके लिये यह गाहन उपयुक्त नहीं है। अन्य प्रतिसर्केत सल्फर-युक्त जल में गाहन जैसे ही है।

पैराफिन एवं ओजोसेरीत से चिकित्सा

पिघले हुए पैराफिन का उपयोग गहरे अतर्स्यद या क्षताक को ताप द्वारा घुलाने में सहायता के लिये सीमित (ग्रस्त) त्वचा-क्षेत्र पर किया जाता है। यह सीमित क्षेत्रों तथा कुछ चर्मरोगों में ही प्रयुक्त होता है—उपेक्षित खजुक्लेश धब्बे चौरस शैवाक के अतिशृंगिक रूपों, खोतदार खल्वाटता, नार्चर्मशोथ और चिरकालिक दिनाइ में अतर्स्यदित परिसीमित धब्बे, उग्रता से अतर्स्यदित संकंदुक मुहासा आदि में।

ओजोसेरीत (ozocerite; mountain wax) सूक्ष्म क्रिस्टलों वाले पैराफिन के उच्चश्यान एवं हल्के तेलों का मिश्रण है, जिसे भूगत गुफाओं और तैल परतों से प्राप्त किया जाता है। यह स्पष्ट अतर्स्यदन, शैवाकीकरण और अतिशृंगन से लक्षित चर्मरोगों की चिकित्सा में प्रयुक्त होता है। अनुकूल थेरापिक गुणों, कम कीमत और प्रयोग-सरलता के कारण चर्मलोचन में ओजोसेरीत का विस्तृत उपयोग है। इसके अतिरिक्त, अल्प ताप-चालकता एवं उच्च ताप-ग्राहिता के कारण यह रेत, पांस या पैराफिन से अधिक कारगर है (इसमें ताप को रोककर रखने की क्षमता पैराफिन से लगभग दुगुनी है)। निरोगालयों में इसका उपयोग अन्य प्राकृतिक चिकित्सा-रीतियों के सकुल में होता है। इसका परिवहन सरल होने के कारण इसे किसी भी शहर या गांव में (निरोगालय से बाहर भी) बच्चों व बड़ों की चिकित्सा में प्रयुक्त किया जा सकता है। तापीय प्रभाव के अतिरिक्त ओजोसेरीत रासायनिक, भौतिकीय और जीवलोचनी प्रभाव भी डालता है; इसमें उपस्थित जीवलोचनी सक्रिय द्रव्य अवसवेदक, प्रतिकड़ुक तथा प्रतिशोथी प्रभाव डालते हैं। ओजोसेरीत 45-60°C तक गर्म किया जाता है और लेप या गजी की पुल्टिस के रूप में प्रयुक्त होता है। इसके सुसर्केत पैराफिन की तरह ही हैं; प्रतिसर्केत निम्न हैं—तीव्र एवं अवतीव्र चर्मक्लेश, दुर्दम नौवर्ध, रक्तरोग, हत्कुभिक कार्यों की अपूर्ति।

फुंसी. फुंसीक्लेश

फुंसी की गणना चर्मपूयता के सामान्य रूपों में होती है। यह लोम-मशिका और उसके गिर्द के योजक ऊतकों में तीव्र स्ताफिलोकोकी पूयमृत्तिक शोथ को कहते हैं।

हेतुलोचन फुंसी का निमित्त कारण स्ताफिलोकोकस औरैउस (सुनहरे स्ताफिलोकोक) है, कभी-कभी स्ताफिलोकोकस आल्बुस (श्वेत स्ताफिलोकोक) भी कहते हैं।

गदजनन फुंसी स्वस्थ त्वचा पर उत्पन्न हो सकती है या पहले से ही उपस्थित सतही या गहरी स्ताफिलोचर्मता की क्लिष्टता (उसका उपद्रवी रूप) हो सकती है। इन जीवाणु-जातियों की गदजनकता और विषालुता के अतिरिक्त फुंसी तथा फुंसीक्लेश के विकास में बहिर्जनित एवं अतर्जनित प्रवणकारी घटक भी बहुमूल्य भूमिका निभाते हैं। बहिर्जनित घटक निम्न हैं—धूल, कोयले या धातु के कण से त्वचा पर हल्की यांत्रिक क्षति, जो पैठन के लिये प्रवेश-द्वार का काम करती है; कपड़ों के साथ घर्षण (गरदन, पीठ और नितंबों पर), जिससे स्ताफिलोकोकों का प्रवेश सरल हो जाता है और साथ ही साप्रोफीत [साप्रोफीत (ग्री 'साप्रोस'—श्व-गलन; 'फीतोन'—उद्भिज, वनस्पति, पादप, अतः हिंदी में—कुणपतृण) कुणप—शरीर में मत कोशिकाओं आदि से अपना पोषण करने वाले वनस्पति हैं।—अनु.] गदजनक रूप ग्रहण करने लगते हैं, नखून से खरोचे (दिनाइ, नार्चर्मशोथ व खाज में), मोसमी परिस्थितियाँ। वृत्ति तथा घरेलू घटकों में से उन बातों पर ध्यान देना चाहिए, जो अनेक लोगों में फुंसी-विकास की संभावना बनाती हैं। महत्त्वपूर्ण अतर्जनित घटक निम्न हैं—शरीर का दुर्बल होना, शरीर में द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियाँ (मधुमेह, मोटापा या मेदुरता), जठरांत्र-रोग, अल्परक्तता, अविटामिनता, नार्विक एवं अंतर्स्त्रावी तंत्रों के रोग, अल्कोहलता, शरीर का नियमित अतिशीतन या अतितापन आदि, जो शरीर की सामान्य इमूनोजीवलोचनी प्रतिकारिता को क्षीण कर देते हैं। फुंसियाँ अधिकांशतः वसंत और शरद ऋतु में होती हैं। यह रोग बच्चों की अपेक्षा बड़ों में और स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों में अधिक अवलोकित होता है।

अकेली फुंसी (एक ही फुंसी जो कई महीनों के बाद पुनः उत्पन्न हो जाती

है), पुनरावर्ती अकेली फुसी (जो कुछेक दिनों या सप्ताहों जैसी छोटी अवधियों पर पुनरावर्तित होती है) और फुसीक्लेश (एक के बाद एक फुमियों की उत्पत्ति) में भेद किया जाता है। निदान निर्धारित करने में डॉक्टर को तल्पिक विशेषताओं (जैसे फुसी विद्रधि में विकसित हुई है या लसग्रथिशोथ से क्लिष्ट है) तथा रोग-प्रक्रिया के स्थान (ऊपरी होठ, बाह्य कर्ण-छिद्र) आदि को भी ध्यान में रखना चाहिए।

रोग का तल्पिक चित्र और प्रवाह—फुसी के विकास में तीन चरण आते हैं—(1) अतर्स्यद का विकास; (2) पूयन और विमरण (विमृति), (3) निरोगन।

पहले लोम-मशिका के गिर्द उभरा हुआ कड़ा चमकदार लाल अतर्स्यद बन जाता है। अतर्स्यद की सीमा स्पष्ट नहीं होती और उसमें चुभन या हल्की पीड़ा की अनुभूति होती है। धीरे-धीरे अतर्स्यद एक दृढ़ गुल्म में परिणत हो जाता है और उसकी पर्याकृति बढ़ने लगती है; डर्ड-गिर्द के ऊतकों में शोफ होता है (गाल, पलकों और होठों के क्षेत्र में शोफ बहुत स्पष्ट हो सकता है)। तीसरे या चौथे दिन दूसरा चरण आरंभ होता है—फुंसी का व्यास 1-3 सेंटीमीटर हो जाता है और इसकी सतह पर केंद्र में पूयमृतिक क्रोड (हीग) से युक्त पीपिका बन जाती है। फुसी एक शंकुल गुल्म का रूप ग्रहण कर लेती है, उसकी त्वचा चिकनी और चमकदार नीली हो जाती है। इस अवधि में पीड़ा बहुत तीव्र हो जाती है, शरीर का तापक्रम $37-38^{\circ}\text{C}$ तक उठ आता है, गरलक्लेश के लक्षण (सामान्य अस्वस्थता, सिरदर्द आदि) उत्पन्न हो सकते हैं। पीपिका की चोटी पर मुह खुद-ब-खुद खुल जाता है (या कृत्रिम रूप से खोला जाता है)। फुंसी से पीप निकलती है, जो कभी-कभी रक्त-मिश्रित होती है। इसके बाद एक पीताभ हरा विमृतिक क्रोड निकलता है। क्रोड से निकलने (या उसे निकालने) के बाद शोफ, अतर्स्यदन और पीड़ा दब जाती है, जो दो या तीन दिनों में दाग के रूप में परिणत हो जाता है। दाग शुरू में नीला-लाल होता है, जो धीरे-धीरे सफेद होता हुआ लगभग अदृश्य हो जाता है। फुंसी का विकास-चक्र सामान्यतः आठ से दस दिनों तक चलता है।

प्रक्रिया के अवतल्पिक प्रवाह में एक पीड़ाजनक अतर्स्यद बनता है, पर पूयन या विमरण नहीं होता। छोटी फुंसी को मशिकाशोथ में नन्हे केंद्रीय विमृतिक क्रोड द्वारा उत्पन्न क्षति से भिन्न समझना चाहिए। अन्य रोगों अथवा गलत चिकित्सा से दुर्बल रोगियों में फुंसी विद्रधि में परिणत हो जाती है।

फुंसी हथेलियों और तलवों की लोमविहीन त्वचा को छोड़कर चर्म के किसी भी क्षेत्र में बन सकती है। अकेली फुंसी अधिकांशतः सिर के पिछले भाग में, प्रबाहु, पीठ, पेट, नितंब और निचले अंगों (पैरों) पर होती है। बाह्य कर्णकुहर के किनारे फुंसी से तीव्र पीड़ा होती है। ऊपरी होठ पर फुंसी एक खतरनाक रोग है, क्योंकि इससे लसकुभियों और शिराओं के स्कंदक्लेश के साथ-साथ प्रमस्तिष्क-कुभियों

में सूषक शिराशाय और सामान्य (सवागोण) सूषण हो जा सकता है। जब गरदन वक्ष और जाघ में फुंसिया लसपर्वों के वन्त निकट होती है तो लसग्रथियां और लसग्रथियां का ताप शीथ विकसित हो जा सकता है। यकृत, वृक्क और अन्य आंतर अंगों की ओर भी (शोथ का) अपवहन सम्भव है। इन्हीं क्लिष्टताओं के कारण फुंसिया कभी-कभी गभीर गंग स्रावित होती है। हजामत के समय फुंसी के कटने या उसे टबाकर बहाने के प्रयत्न से तथा अपर्याप्त स्थानिक चिकित्सा से इन क्लिष्टताओं के और भी बढ़ने का खतरा रहता है। चेहरे पर, नाक व हाँठ के बीच त्रिभुजाकार स्थल पर और नाक के चर्म व श्लेष्मल झिल्ली पर फुंसिया भी क्लिष्टताओं के विकास को सप्रेरित करती है।

फुंसीक्लेश एक ऐसी अवस्था है, जिसमें बहुसंख्य (यद्यपि हमेशा नहीं) ओर पुनरावर्ती फुंसीस्फोट उत्पन्न होते हैं। फुंसीक्लेश स्थानाबद्ध (परिसीमित चर्म-क्षेत्र पर), विसरित या प्रकीर्णित (विखरा हुआ) हो सकता है। प्रवाह के अनुसार फुंसीक्लेश तीव्र (कई सप्ताह से लेकर एक-दो महीने की अवधि अनेक फुंसियों की उत्पत्ति द्वारा लक्षित) या चिरकालिक (छोटी अवधि या लगातार महीनों तक कम संख्या में फुंसियों की उत्पत्ति द्वारा लक्षित) हो सकता है।

लछक (विशिष्टता-युक्त) केसों में निदान सरल होता है। अन्य स्थितियों में इसका सिवरी (साइबेरियन) ब्रण, स्वेदग्रथिशोथ और गहरा एणत्व के साथ अंतर दिखाना पड़ता है। आश्राक्स (सिवरी ब्रण) पिटक-वस्तिकीय क्षति के साथ होता है और उस पर भूरी-काली खट्टी पड़ जाती है; इसके आंतराक्त सुचर्म तथा अवचर्म में भी स्पष्ट अतर्स्यदन हो जाता है, तीव्र पीडा और सामान्य अवस्था में कई गड़बड़ियां उत्पन्न होती हैं। स्वेदग्रथिशोथ में अपस्त्रावी ग्रथियों का (काख, जघामूलीय सलवट, चुचुकों और पृष्ठद्वार में) पूयिक शोथ होता है, केंद्रीय विमृत्तिक क्रोड नहीं होता। लोमतृण (त्रीखोफीटोन) से उत्पन्न कणार्ब अक्सर शिगेवल्क तथा दाढ़ी के क्षेत्रों पर उत्पन्न होता है। रोगवृत्त (जंतु से स्पर्शात्मक संपर्क), तीव्र पीडा और पूयमृत्तिक क्रोड की अनुपस्थिति और गदलोचनी द्रव्य के सूक्ष्मदर्शन से कवकों का अनुवेदन—ये सब निदान के लिये महत्वपूर्ण होते हैं। कुछ केसों में फुंसीक्लेश को पार्विक ललामी, कठललामी और कंठमालचर्मता से भी इतिरित करना पड़ता है।

ऊतगदालोचन पूयिक शोथ लोम-मशिका, स्वेद-ग्रथि तथा चारों ओर के योजक ऊतकों को पूरी तरह ग्रस्त कर लेता है (परिमशिकीय अतर्स्यद के साथ गहरा मशिकाशोथ)। शुरू-शुरू ऊतगदलोचनी चित्र आस्यक मशिकाशोथ जैसा होता है, लेकिन बाद में संपूर्ण वपा-लोमीय उपकरण तथा पड़ोसी ऊतकों का विमरण पाया जाता है। परिसर में श्वेतकोशिकीय अतर्स्यदों की बहुलता होती है।

चारों तरफ के योजक ऊतक में अक्सर विस्फारित रक्तकुभिया और कोलाजनो का स्पष्ट शोफ अवलोकित होता है। पैठन के अड़े में प्रत्यास्थ एवं कोलाजनी तंतु (रेशे) पूर्णतया नष्ट हो जाते हैं। विमृत्तिक अड़े के परिसर में एक मजबूत रजतप्रेमी-जालिका बन जाती है। तंतुओं के कोलाजनी बंडलों का एक मोटा बलय पैठन के अड़े को घेर लेता है, ताकि रोगाणु वहां से निकलकर अन्यत्र न फैले (इसीलिये फुंसी को दबाकर बहाने के प्रयत्न से बलय के टूटने का खतरा रहता है, जिसके फलस्वरूप रोगाणु अन्यत्र भी फैल सकते हैं)।

चिकित्सा—फुंसी की चिकित्सा बहुत हद तक गदलोचनी प्रक्रिया के प्रकार एवं प्रसार पर निर्भर करता है। उदाहरणार्थ, यदि फुंसी अकेली है और उसके साथ कोई क्लिष्टता उत्पन्न नहीं हुई है, तो सिर्फ बाह्य थेरापी प्रलिखित की जाती है (विशेषकर जब रोगी आयुसी सलाह लेने में विलंब नहीं करता, रोग के आरंभिक चरण पर ही डॉक्टर से मिल लेता है)। पुनर्गवर्ती एवं क्लिष्ट फुंसियों में, खतरनाक स्थल पर उत्पन्न फुंसियों में, फुंसीक्लेश में (विशेषकर चिरकालिक एवं बिखरे हुए फुंसीक्लेश में) बाह्य थेरापी के अतिरिक्त ऐसे सामान्य उपाय भी किये जाते हैं, जो जीवाणुक वनस्पतियों पर अभिक्रिया करते हैं, शरीर की रक्षी प्रतिकारी शक्तियों को स्फूर्त करते हैं और रोगी के परीक्षण के समय पाये गये अन्य अंतर्पेशीय रोगों को ठीक करते हैं।

प्रतिजीवको का विस्तृत उपयोग होता है। पेनीसिलिन अंतर्पेशीय सुई से 500000-1000000U की खुराक प्रति तीन या चार घंटे पर दी जाती है, तीव्र रूप में कुल मात्रा 10000000-30000000U तक दी जाती है और चिरकालिक रूपों में 5000000-100000000U या इससे भी अधिक। अनावासी तत्पालय के रोगी की चिकित्सा एक्मोनोवोसिलिन (बेजिलपेनीसिलिन प्रोकेन व एक्मोलिन—त्रिप्रोटामीन सल्फेट के घोल—के मिश्रण) और बीसिलिनों (बेंजाथीन पेनीसिलिन) से की जाती है, जो पेनीसिलिन से चिरकारी प्रसाधन हैं। इनमें से पहली दवा की सुई दिन में एक बार 6000000U की मात्रा में दी जाती है, दूसरी दवा तीन या चार दिन में एक बार 12000000-15000000U की मात्रा में दी जाती है (पूरी चिकित्सा के दौरान 30000000 से 80000000U दी जाती है)।

आजकल पेनीसिलिन और इसके व्युत्पादों के विरुद्ध कोकी उद्भिजो (विशेषकर स्ताफिलोकोकों) की प्रतिरोधिता अवलोकित हो रही है। इसीलिये फुंसीक्लेश की चिकित्सा में अधिकाधिक महत्त्व विस्तृत स्पेक्ट्रम (परास) वाली दवाओं को दिया जा रहा है, जो प्रतिजीवाणुक प्रभाव डालती हैं, जैसे—माक्रोलिड—एरीथ्रोमीसिन तथा ओलेआडोमीसिन और तेत्रासिक्लीन के साथ इनके मेल—ओलेतेत्रिन, सिग्यामीसिन और तेत्राओलेआन। प्रतिजीवको के प्रति रोगकारी जीवाणुओं की

सर्वोदितता का द्रुत जाच (जैसे प्रातःजीवन) की सहायता से किसी भी रोगी के लिये आवश्यक प्रतिजीवक ज्ञान किया जा सकता है; इन परीक्षाओं के परिणाम 12 से 24 घंटे में प्राप्त हो जाते हैं।

कतिपय चर्मरूपां और विशेषकर चिरकालिक फुसीक्लेस की चिकित्सा में अर्धकृत्रिम पनीर्मिलनों का अब अधिकाधिक विस्तृत उपयोग हो रहा है। ये हैं—मेथीसिलिन (10g की अतर्पशीय सुई प्रत्येक चार से छ. घंटे पर), और ओक्सासिलिन (0.25-0.5g की टिकियो या कैप्सूलों के रूप में प्रत्येक छ. घंटे पर, पांच दिनों तक; अतर्पशीय सुई द्वारा 0.25-0.5g की मात्रा दिन में दो से चार बार)। प्रतिजीवकों के साथ मुखमार्ग से प्रतिहिस्टामीनिक साधन देना वांछनीय है।

सुल्फोनामीड (सुल्फाथिआजोल, सुल्फादीमीदीन, सुल्फामेथोक्सीन, सुल्फामेथोक्सी-पीरीदाजीन) तथा अन्य प्रतिजीवाणुक प्रसाधन उनकी सामान्य अभिक्रिया के अनुसार प्रयुक्त किये जाते हैं। नित्रोफुरान के व्युत्पाद—फूराजोलीडोन फूराजोलिन, फूराडोनिन (नित्रोफूराटोडोन) और फूरागिन (फूराजिन) पिछले समय से उन स्थितियों में प्रलिखित किये जाने लगे हैं, जब स्ताफिलोचर्मता प्रतिजीवकों और सुल्फोनामीडों का प्रतिरोध करने लगती है। ये मुखमार्ग से 0.1g की टिकियो में दिन में दो या चार बार खाने के बाद दिये जाते हैं (चिकित्साकाल पांच-सात-दस दिन हो सकता है)। 12 महीने तक के प्योपा बच्चे के लिये फूराजोलिन की एक खुराक 0.01-0.015g है, 1 से 2 वर्ष तक के बच्चे के लिये 0.02g, 2 से 5 वर्ष तक के बच्चे के लिये 0.03-0.04g और 5 से 14 वर्ष तक के लिये 0.05g, यह दिन में तीन या चार बार, खाने के 15 से 20 मिनट बाद दिया जाता है।

अकेली पुनरावर्ती फुसियों तथा चिरकालिक फुसीक्लेस में पैटन को नियंत्रित करने के साथ-साथ शरीर की प्रतिकारी शक्ति बढ़ाने के लिये अविशिष्ट स्फूर्तिदायक थेरापी (स्वरक्त-चिकित्सा) और स्ताफिलोकोक का टीका (बहुसंयोजी या स्वटीका) स्ताफिलोकोकी टोक्सोइड तथा एटीफागिन से विशिष्ट इमूनी चिकित्सा (इमूनोथेरापी) की जाती है। कुटाली (जो टाले नहीं टले) या चिरस्थायी फुसीक्लेस में गामा ग्लोबूलिन का उपयोग होता है।

मेदुरता, मधुमेह, आंत्र-शैथिल्य, आंतर अंगों के रोगों, अल्परक्तता आदि की चिकित्सा चिरकालिक फुसीक्लेस से पीड़ित व्यक्तियों के उपचार-संकुल का एक महत्वपूर्ण घटक है। ऐसे रोगियों का आहार सुपाच्य होना चाहिए, चटपटा व मसालेदार नहीं होना चाहिए। अल्कोहलिक पेय वर्जित है। विटामिन 'ए', 'सी' और 'बी-संकुल' के साथ-साथ लोहा तथा फोस्फोरस के प्रसाधन (फीतोफेरोलाक्तीन, 15 से 20 दिनों तक एक-एक गोली दिन में तीन बार) वांछनीय है।

फुसी के गिर्द त्वचा को सैलीसीलिक अल्कोहल कैफर स्पीरिट इथर बेजीन

या वोदका से निष्कृष्ट किया जाता है। फुसी और इसके गिर्द पड़ोसी क्षेत्र में वाल काट दिये जाते हैं (मोडे नहीं जाते), ताकि मशिकाशांथ तथा नयी फुंसियों का विकास रोका जा सके। यह काम ग्रस्त क्षेत्र के मध्य में परिसर की दिशा में किया जाना है। इसके बाद वालों को फुसी में से निष्कृष्टित चिमटो द्वारा निकाल लिया जाता है और शुद्ध इस्थ्यामोल लगाकर निष्कृष्टित रूई की पतली परत से ढक दिया जाता है। इस्थ्यामोल में बैक्टेरियानाशक, केराटोप्लास्टिक (शृंगीगटक), स्थानिक वेदनाहारी तथा प्रतिशोथी गुण होते हैं। इस्थ्यामोल का एक 'केक' (चपटा टुकड़ा) दिन में एक या दो बार लगाया जाता है। पहले से लगे इस्थ्यामोल को गुनगुने पानी से दूर किया जाता है, पट्टी की आवश्यकता नहीं होती। यदि फुसी का मुह नहीं खुला है, तो ऐसी चिकित्सा से गदलोचनी प्रक्रिया का विकास कभी-कभी आगे नहीं बढ़ पाता। फुसी का मुह खोलने के बाद ड्रेसिंग (मरहम-पट्टी) की जाती है—ब्रण पर अतितानी नमकीन घोल की पट्टी रखी जाती है और उसके परिसर में शुद्ध इस्थ्यामोल लेपा जाता है। कभी-कभी फुसी पर पारद-प्लास्टर (मर्करी-प्लास्टर) लगाया जाता है, फुसी का मुह खुलने पर मलहम लगाया जाता है—5 प्रतिशत कैफर-इस्थ्यामोल का मलहम, विश्नेव्स्की का मलहम (3 भाग टार, 3 भाग क्सेरोफोर्म, 94 भाग अडी का तेल); 2 प्रतिशत अमोनीकृत पारे का, 10 प्रतिशत इस्थ्यामोल का, 1-2 प्रतिशत पीले पारद आक्साइड का, 5 प्रतिशत ख्लोरोतेत्रासिकलीन या एरीथ्रोमीसिन का, या डीबिओमीसिन का मलहम। शुष्क ताप (हीटर, सोलुक्स, मीनिन का परावर्तन) या परा-उच्चावृत्तिक विद्युच्चुंबकीय क्षेत्र के प्रति अनावरण वाछनीय है। आर्द्र ताप (गीली पुल्टिस) और जल-क्रिया रोगकाल में वर्जित है। फुसी के विद्रधि में परिणत होने पर करोर्जन और तीव्र प्रतिजीवकथेरापी का उपयोग (इमूनी चिकित्सा के साथ) वाछनीय है; इमूनी चिकित्सा—अति-इमूनी गामा ग्लोबूलिन, अति-इमूनी एंटीस्ताफिलोकोकी प्लाज्मा, स्ताफिलोकोकी तोक्सोइड।

भविष्य—एकल (अकेली) फुंसियों की स्थिति में (यदि वे चेहरे पर नहीं हैं) भविष्य हमेशा अनुकूल होता है। चिरकालिक फुसीक्लेश की स्थिति में (विशेषकर प्रोढ या अर्धेड व्यक्ति में, दुर्बल रोगियों में, मधुमेह से पीडित लोगों में), क्लिप्ड फुंसियों तथा सृपन की स्थितियों में भविष्य गंभीर चिंताजनक हो जाता है।

कोलफुसी

कोलफुसी सुचर्म एवं अवचर्म की गहरी परतों तक विसरित पूंयमृतिक शोथ की प्रक्रिया है, जिसकी चपेट में पास-पड़ोस की लोम-मशिकाएँ भी आ जाती हैं। फुसी से इसकी भिन्नता इस बात में है कि इसमें पूंयमृतिक अतर्प्यद अपेक्षाकृत विस्तृत क्षेत्र में फैल जाते हैं और सुचर्म एवं अवचर्म को बेघते हुए उनकी गहरी

परती नक विसरत हो जाते हैं

इस क्षति का नाम काबुजुल या कोलफुसी है (लातीनी कार्बा—कोयला, चारकोल), क्योंकि पृथ्वीतक शोथ के दरम्यान बना हुआ विमृत क्षेत्र अलकतरे की तरह काला होना है।

इसके प्रिय स्थल हैं—पश्च कपाल, पीठ और कमर।

निमित्त कारण अधिकांशतः सुनहरे स्ताफिलोकोक है; स्ताफिलोकोक की अन्य जातियों से यह कम ही उत्पन्न होता है।

गदजनन को प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—दुर्बलता (चिरकालिक कुपोषण अथवा किसी तीव्र कायिक रोग से), द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ी (विशेषकर कार्बोहाइड्रेट के विनिमय में गड़बड़ी, जैसे मधुमेह में)।

तल्पिक चित्र और रोग-प्रवाह—शुरू-शुरू में चर्म में चंद अलग-थलग कठोर पविकाएँ अवलोकित होती हैं, जो मिलकर एकीकृत अंतर्सर्द बना लेती हैं। यह अंतर्सर्द बढ़ता है, कभी-कभी तो बच्चे की हथेली के बराबर भी हो जाता है। इसकी सतह अर्धवर्तुली हो जाती है, त्वचा तन जाती है और मध्य में नीलाभ हो जाती है। स्थानिक कोमलता अवलोकित होती है। यह अंतर्सर्द के विकास का प्रथम चरण है, जिसमें 8 से 12 दिन लगते हैं। इसके बाद अंतर्सर्दन-क्षेत्र में चंद पीपियाएँ बनती हैं, जिनके मुँह खुल जाते हैं। कई खुले मुँहों के कारण कोलफुसी मोटा उड़ वाली चलनी (या छनौट) की तरह दिखने लगती है। इन मुँहों से रक्त-मिश्रित पूय और हरा विमृतिक द्रव्य सावित होते हैं। कोलफुसी के मध्य में विमृत क्षेत्र का आकार निरंतर बढ़ता जाता है। द्रव्यों के बाहर निकलने से ऊतकों में एक विस्तृत क्षति (एक वण) उत्पन्न हो जाती है, जो पेशियों तक पहुँच जाती है। यह दूसरा चरण, पूयन और विमरण का चरण, 14 से 20 दिनों तक चलता है। इसके बाद व्रण कणमय ऊतकों से भर जाता है और नीचे के ऊतकों के साथ सगलित एक गहरा और रूखड़ा दाग बन जाता है। बड़े दाग कोलफुसी के ऑपरेशन से भी रह जाते हैं।

कोलफुसी अक्सर एकल क्षति के रूप में उत्पन्न होती है। इसके विकास के साथ-साथ तेज बुखार आता है, टमकने की मर्मभेदी पीड़ा होती है, ठंड लगती है, चित्त अवसन्न रहता है। बुढ़ापे में, तीव्र पारमेह के कृश रोगी में और नार्विक-मानसिक अतितनाव की स्थिति में कोलफुसी का प्रवाह दुर्दम रूप धारण कर सकता है। ऐसी स्थितियाँ नर्वशूलिक वेदना, विक्षिप्ति या गहन अवलुठन तथा सृपनजनित ज्वर से लक्षित होती हैं। बड़ी कुभी से अत्यधिक रक्तस्राव या सृपन के कारण मृत्यु भी हो सकती है। जब कोलफुसी नाभ के ऊपरी होंठ के क्षेत्र में स्थित होती है, तो तीव्र छादिकीय क्लिष्टता उत्पन्न हो सकती है।

निदान कठिन नहीं है। आंश्राक्स कोलफुसी को भी ध्यान में रखना चाहिए। जहां कोलफुसी के ही सदृश होती है, लेकिन उसमें ऊतक का शोफ अधिक स्पष्ट एवं वर्धित होता है, पीपिका में कोयले (आंश्रासीत) से मिलती-जुलती काला खट्टी पड़ जाती है (इसीलिये नाम पड़ा है—आंश्राक्म), और इसका निमित्त कारण भी अलग होता है—अपरोक्तिक ग्राम-पोजीटिव आंश्राक्स वासिल। फुसी और कोलफुसी में भेद करना आसान है, इसके लिये ऊपर वर्णित तत्त्विक चित्र को ध्यान में रखना पर्याप्त है।

ऊतगदलोचन—सुचर्म और अवचर्म के निचले भागों की गहरी विमृति देखी जाती है। विमृति (विमरण) धीरे-धीरे परिसर की ओर फैलने लगती है। पैठन के ये अड़े न्यूट्रोफिलों के मोटे अतर्त्यद में होते हैं।

चिकित्सा—कोलफुसी की चिकित्सा में सदा सामान्य युक्तियों को भी शामिल किया जाता है और वह फुसी की चिकित्सा से बहुत भिन्न नहीं होती। तीव्र स्थितियों में प्रतिजीवक के साथ सुल्फोनामीड दिये जाते हैं। रश्मि-चिकित्सा (रेडियो-चिकित्सा) भी इस रोग में लाभ पहुंचाती है। कोलफुसी यदि तेजी से बढ़ रही हो तो उस पर गुणा की आकृति का चीरा लगाकर विमृत क्षेत्र को बाहर कर देना सुसंकेतित है। यह काम नियमतः करोर्जक करते हैं। साथ-साथ प्रतिजीवक-चिकित्सा भी चलती है (5000000U स्त्रेप्टोमीसिन की सुई दिन में दो बार, साथ-साथ प्रतिदिन 10000000U पेनीसीलिन की सुई या इसके समतुल्य अन्य दवाओं की सुइयां)। कोलफुसी के गिर्द त्वचा को 2 प्रतिशत कैफर स्पीरिट या सैलीसीलिक अम्ल से दिन में दो बार अनिवार्य रूप से निष्पैठित किया जाता है, सभी खरांचों और निस्त्वचन पर कास्तेलानी के पेट का अथवा आयोडीन के अल्कोहलिक घोल का लेप लगाया जाता है।

भविष्यवाणी—भविष्यवाणी रोगी की सामान्य अवस्था पर निर्भर करती है।

स्वेदग्रंथिशोथ

यह काख (अक्सर एकतरफा) या जंघामूलीय चर्म-मोड़ पर स्थित अपस्रावी स्वेदग्रंथियों का पूयिक शोथ है। कभी-कभी यह चुचुको, वृंहत भगोष्ठो, फोता, पृष्ठद्वार आदि के भी क्षेत्रों में होता है।

हेतुलोचन—इसका सामान्यतम निमित्त कारण सुनहरे स्ताफिलोकोक हैं, जो लोम-मशिकाओं के मुहाने से होकर अपस्रावी ग्रंथियों की अपवाही नलियों में प्रविष्ट हो जाते हैं।

गदजनन—इस रोग के प्रवणकारी घटक निम्न हैं—शरीर की सामान्य दुर्बलता अतिस्वेदन काख जंघामूली तहों तथा पृष्ठद्वार पर क्षारीय प्रतिक्रिया

वाला स्वद (विशेषकर मन लागा में जिन्हें सफाई की आदत नहीं होती) मसृणन सूक्ष्म घाव (जामत के समय कटना नार्बिक एव अतर्घावी गडबडियों पारमेन जनन-ग्रंथि की गडबडा) वाल लोगों में कड़ुक चर्मक्लेश के स्थलों पर खरोंचे (नोचने से) तथा स्थानिक प्रतिरोध में कमी। स्वेदक अपवाही ग्रथिया सिफ योनप्रपिक्वना-काल में विकसित होनी हैं (लडकियों में लडकों की अपेक्षा कुछ पहले)। स्त्रियों में उनकी संख्या पुरुषों से अधिक होती है, स्त्रियों में यह रोग अवलोकित भी अधिक होना है। बुढ़ापे में इन ग्रंथियों की क्रियाशीलता निर्वाप्त हो जाती है (बुझ जाती है), इसीलिये बुढ़ापे में यह रोग नहीं होता।

तल्पिक चित्र और प्रवाह—शुरू-शुरू सुचर्म और अवचर्म की गहराइयों में टीले जैसे अलग-थलग पर्व (गाठ) परिस्पृशित होते हैं। रोगी को हल्की खुजली या पीडा महसूस होती है। पर्व आकार में शीघ्र बड़े होते हैं, चर्म से चिपक जाते हैं (नीचे में) और नाशपाती की आकृति ग्रहण कर लेते हैं, उनका ऊपरी उभार 'कुतिया के धन' की तरह चुचुकाकार होता है। त्वचा नीली-ताल हो जाती है, ऊतक में शोफ बढ़ जाता है, पीडा भी साथ-साथ बढ़ती है। असंपृक्त (एक-दूसरे से पृथक्) पर्व अक्सर सलीन हो जाते हैं, उनमें मुलायमियत आ जाती है, फिर मिहरन उत्पन्न होती है, जिसके बाद उनका मुह अपने-आप खुल जाता है और उनमें से रक्त-मिश्रित गाढा पूय स्रावित होता है। विमृतिक क्रोड नहीं बनता। कभी-कभी फ्लेगमोन (दाहक फोड़ा) से मिलता-जुलता एक चकतीनुमा विसरित अतर्स्यद बन जाता है; इस स्थिति में पीडा सिर्फ चलने-फिरने में ही नहीं, विश्राम के वक्त भी होती है, रोगी अशक्त हो जाता है। क्षति की परिपक्वता के साथ-साथ अस्वस्थता बढ़ती है, तापक्रम कुछ ऊंचा हो जाता है, पीडा तेज होती है। गाठ (पर्व) का मुह खुलने पर उसमें तनाव और पीडा की अनुभूति कम हो जाती है, व्रण कुछ दिनों में ठीक हो जाता है (अतर्स्यद को विलीन होने में कुछ अधिक समय लगता है)। पुनरावर्तन अक्सर होता रहता है और इससे प्रक्रिया का प्रवाह विलंबित हो जाता है। काक्षिक (कांख का) स्वेदग्रंथिशोथ एक तरफ होता है, पर दोतरफा क्षतियां भी देखने को मिलती हैं। स्वेदग्रंथिशोथ औसतन 10 से 15 दिनों में समाप्त हो जाता है, लेकिन विलंबित प्रवाह भी बहुत अक्सर अवलोकित होता है (विशेषकर अतिस्वेद तथा पारमेह के रोगियों में और उन व्यक्तियों में, जो त्वचा की सफाई पर ध्यान कम देते हैं)।

ऊतगदलोचन—प्रक्रिया सुचर्म और अवचर्म वसा की विभाजक सीमा-रेखा द्वारा स्थानावद्ध होती है। अपवाही ग्रंथि और उसके गिर्द स्थित योजक ऊतकों को एक पूयिक अतर्स्यद आच्छादित कर लेता है, जिसमें शुरू-शुरू (आरंभिक चरण पर) में मुख्यतः न्युट्रोफिल ही होते हैं पर बाद में लसकोशिकाएँ और प्लाज्मा-कोशिकाएँ

भी शामिल होने लगती है। इसके बाद पैठन लसकुभियों के महारंग-सहारे फैलता हुआ अन्य अपस्वावी ग्रंथियों तथा विस्रावी ग्रंथियों तक पहुँच जाता है और उनमें पृथिक सगलन उत्पन्न करके उन्हें मार देता है।

निदान—रोग की विशिष्ट स्थानावधना और उसके विशिष्ट नैसर्गिक चित्र के कारण निदान बहुत सरलता के साथ हो जाता है। विमृत्तिक क्रोड की अनूर्पाम्थनि स्वेदग्रंथिशोध को फुसी से विभेदित (इतरित) करती है। सगलक गठिक्लेश का प्रवाह अधिक विलंबित होता है, लसपर्व उसकी चपेट में शुरू से ही आ जाते हैं, इसके अतिरिक्त, इसमें पीड़ा नहीं होती, विस्तृत व्रणित क्षेत्र विकसित हो जाता है, अनेक नासूर हो जाते हैं, जो ठीक होने के बाद सेतुवत दाग छोड़ जाते हैं (नासूर—व्रण में दूर गहराई तक गया हुआ नलीनुमा छेद, जिससे पीप बहकर निकलती है।—अनु.)।

चिकित्सा—आरंभिक चरण पर ही क्षति का विकास रोकने के लिये परास्वनि, उच्चावृत्तिक विद्युत्तधारा, पराबैगनी विकिरण, शुद्ध इख्यामोल ('केक'), एक्स-किरणों के उपयोग की सलाह दी जाती है। एक्सरे-चिकित्सा आवश्यकतानुसार तीन-चार दिनों पर दोहराया भी जा सकती है; इसकी खुराक बहुत कम होती है—50-80r (ग्रेन्), 1-2 मिलीमीटर मोटे अलुमिनियम के फिल्टर (Al-फिल्टर) से एक्स-रे-फोकस की दूरी 30-40 सेंटीमीटर, 120 KV (किलोवोल्ट)। एक्स-रे-चिकित्सा उस स्थिति में भी लाभकर होती है, जब रोग में विलंबित प्रवाह ग्रहण करने की प्रवृत्ति आने लगती है और उसका पुनरावर्तन होने लगता है। सपुजित (एक जगह जमा) विद्राधियों की स्थिति में करोर्जन की सहायता ली जाती है। 0.5-1.0 प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड घोल (8-10 मिलीलीटर) की सुई, पेनीसिलीन (300000-500000U) के साथ या तेन्नालेआन के जलीय घोल की सुई क्षति के गिर्द लगाने की सलाह दी जाती है, यदि अतस्पर्दन और पीड़ा अत्यधिक होती है। इससे पैठन की घेरावंदी हो जाती है, यह काम हर एक दिन बीच देकर करना चाहिए, चिकित्सा चार या पाँच बार में सपन्न हो जाती है। चिरकारी (चिरस्थायी) कुटाली तथा पुनरावर्ती स्वेदग्रंथिरोग में टीका से चिकित्सा एक विवेकसंगत उपाय है। अन्य बातों में इस रोग की चिकित्सा फुसी जैसी ही होती है। निरोध (रोग की रोकथाम) सफाई की सही आदतों से होता है (शरीर को अक्सर साबुन व स्पंज से साफ करना), काँख को सैलीसीलिक अल्कोहल या बोरो-कैफर स्पीरिट से निष्पैठित करना चाहिए।

अब हम उन स्ताफिलोचर्मताओं का वर्णन करेंगे, जो मुख्यतः नवजात एवं पयोपा शिशुओं को होती है—वस्तिक पीपिका, पयोपा की बहुलित विद्राधि, नवजात शिशुओं में बहुमार्मिक (एपीडेमी शब्द का ऐतिहासिक अर्थ है महामारी अर्थात्

पयोपा शिशु मे बहुलित विद्रधि

पयोपा तथा छोटे बच्चों में यह रोग तब होता है, जब पैठन अपवाही मार्ग तथा अपस्रावी स्वेद ग्रंथियों की गुच्छिकाओं में पहुँच जाता है।

हेतुलोचन—सुनहरे स्ताफिलोकोक इस रोग के निमित्त कारण माने जाने हैं, लेकिन अन्य जीवाणु भी संभव है—ग्लूटल्यकारी स्ट्रेप्टोकोक, जंतुमचजवववववने, मउवसलजपवनेद्ध ए आत्र-एशेरीखिया, म्बीमतपबीपं ववसपद्ध ए सामान्य प्रेतेंउस, च्तवजमने अनसहतपेद्ध आदि।

गदजनन—गादिक अवस्था के विकास को सुगम करने में निम्न घटकों का योगदान हो सकता है—वच्चे की सफाई में कमी, अतितापन (काफी गर्म कपड़े पहनाने से), भीगे कपड़ों को लंबे समय तक नहीं बदलना, अतिस्वेदन (जिससे चर्म बहुत मुलायम व नम हो जाता है), आंतरिक कुपोषण, अपर्याप्त आहार, गलत आहार, आत्रशोथ, सामान्य पैठन आदि। यह रोग अधिकांशतः अपरिपक्व नवजात शिशु में पाया जाता है, या ऐसे बच्चों में, जिनका शारीरिक प्रतिरोध कम होता है।

तत्पिक चित्र और प्रवाह—यदि स्वेद-ग्रंथि के अपवाही मार्ग का सिर्फ मुहाना पैठनग्रस्त होता है, तो छोटी (वाजरे के दाने के बराबर) सतही पीपिका (परिरधशोथ) बनती है, जो थोड़े ही समय में सूखकर खट्टी बना लेती है और बिना कोई निशान छोड़े ठीक हो जाती है। लेकिन सामान्यतः पूरा अपवाही मार्ग और स्वेद-ग्रंथि का ऊपरी भाग पैठन-ग्रस्त हो जाता है। ऐसी स्थितियों में अनेक कठोर लाल-नीचे पर्व विकसित हो जाते हैं, उनकी पारस्परिक सीमा-रेखाएँ स्पष्ट होती हैं। वे पहले मटर के दाने के बराबर होते हैं, फिर तेजी से बढ़कर बैर का आकार ग्रहण कर लेते हैं। पर्वों के केंद्र जल्द ही मुलायम हो जाते हैं, वहाँ चर्म पतला होता है और उसमें द्रव का जमाव परिस्पर्शित होता है। इसके बाद उनके मुँह खुल जाते हैं और रक्त-मिश्रित पतला पूय निकलता है। प्रक्रिया खत्म होने पर दाग रह जाता है। बहुलित विद्रधिया सामान्यतः उन स्थलों पर होती है, जहाँ शरीर विस्तर को स्पर्श करता है (सिर का पिछला भाग, पीठ नितंब, जाँघें)। जब कई दर्जन पर्व (गांठें) बन चुकते हैं, तब प्रक्रिया वक्ष और पेट की त्वचा तक फैल सकती है। शिशु की सामान्य अवस्था अधिकांश स्थितियों में संतोषजनक ही रहती है, शरीर का तापक्रम विरले ही ऊँचा उठता है। दुर्बल पयोपा बच्चों में क्लिष्टताओं के उत्पन्न होने का खतरा रहता है, जैसे फ्लेगमोन, मध्य कर्ण का शोथ, यकृत और प्लीहा की क्षति और यहाँ तक कि घातक सृपन भी शुरू हो सकता है। इन स्थितियों में स्फोट बारी-बारी से कभी यहाँ, तो कभी वहाँ उत्पन्न होते रहते हैं, बुखार और श्वेतकोशिकाव्लेश होते हैं, ESR बढ़ जाता है, व्रण लंबे समय तक ठीक नहीं होते।

विमृति स्वद-ग्राथया के अपवाही मार्ग में होती है और सचम तथा अवग्रम तक् फन जाती है स्ताफिलोकोक और अन्य रोगकारी जीवाणुओं के बड़े-बड़े जमघट स्वेदमार्ग (नली) के भीतर वन जाते हैं।

निदान—निदान पयापा बच्चों में गाठों (पर्वों) के भीतर बिना तीव्र शोथ के द्रव की उपस्थिति के अनुवेदन पर आधारित होता है। इस उम्र में फुसीक्लेस विरला ही होता है और यदि होता भी है, तो बहुत अल्प क्षतियों, तीव्र शोथ के लक्षणों और विमृतिक क्रोड के साथ ही होता है। परिध्रशोथ को मशिकाशोथ से इतरित करना चाहिए, जिसमें क्षति सदैव लोम-मशिका और लोम-डठल से संबंधित होती है; लोम-डठल पीपिका के केंद्र में पाया जाता है। इसके अतिरिक्त, फुसी की तरह मशिकाशोथ भी अधिक उम्र के ही बच्चों में होता है। पयोपा बच्चे में बहुलित विद्रधि का आरंभ कुछ हद तक पिटकमृतिक गठिक्लेस के आरंभिक चरण से मिलता-जुलता हो सकता है, जब क्षतियां शिरोवल्क तथा धड़ की त्वचा तक ही सीमित रहती हैं और पनीर जैसी विमृति विकसित नहीं हुई रहती है। अन्य अंगों में गठिक्लेस की अभिव्यक्तियों तथा पिके (pique) की प्रतिक्रिया के परिणामों को भी ध्यान में रखना पड़ता है। कभी-कभी इस रोग को कठमालचर्मता से भी इतरित करना पड़ता है, जो अक्सर अलग-थलग क्षतियों के रूप में उत्पन्न होती है। कठमालचर्मता में क्षति का मध्य भाग जल्द ही गलकर खुल जाता है और अत्यल्प सीरमी स्राव वाले व्रण में परिणत हो जाता है, जिसमें कणीकरण बहुत मंद गति से होता है।

चिकित्सा और निरोध—निरोध विशेष महत्वपूर्ण है—बच्चे की देख-भाल में सफाई, समय पर नहलाने, पोतडों और अन्य वस्त्रों को बदलने आदि के काम को प्राथमिकता देनी चाहिए। हाइजिनिक पाउडर, युक्तिसंगत आहार, अतितापन से रक्षा आदि भी आवश्यक उपाय हैं।

विद्रधि पर शुद्ध इथ्र्यामोल ('केक' के रूप में) लगाया जाता है। आवश्यकता होने पर विद्रधि को करोजिक विधियों से खोला जा सकता है। स्वस्थ त्वचा को कैफर स्पीरिट से पोछना चाहिए।

स्नान कुछ समय के लिये रोक देना चाहिए। प्रतिजीवक, सुल्फोनामीड, अन्य स्फूर्तिदायक उपाय, मा के रक्त तथा गामा ग्लोबुलिन की सुई आदि प्रलिखित की जाती हैं। यदि सुसंकलित हो, तो अनपच और स्थानाबद्ध पैठन के अड्डे की भी चिकित्सा करनी चाहिए।

भविष्यवाणी पर बहुत सावधानी से विचार करना चाहिए। दुर्बल बच्चों में, क्लिष्टताएं होने पर या सहवर्ती न्युमोनिया (क्लोमशोथ), एंटेरोकोलीटिस होने पर अच्छी भविष्यवाणी नहीं की जा सकती।

नवजात शिशुओं में जानपदिक बुदबुदिया

यह रोग नवजात शिशुओं के लिये तीव्र छुतहा है और तल्पिकत पीपिकाओं के तीव्र विरचन और प्रसार द्वारा लक्षित होता है।

हेतुलोचन—सुनहरे स्ताफिलोकोक इसके निमित्त कारण है। लेकिन कुछ वैज्ञानिकों की धारणा है कि यह रोग स्ताफिलोकोको की एक अन्य विशेष जाति या शायद स्ट्रेप्टोकोको के कारण होता है, यह भी संभव है कि रोग का असली कारण कोई निम्नघ वीरुस हो।

गदजनन—रोग-विकास में महत्वपूर्ण भूमिका इस तथ्य की है कि नवजात शिशु के चर्म की अपनी एक विशिष्ट प्रतिकारिता होती है, जो वाक्तेरिक घटकों के विरुद्ध वस्तिकाओं के विकास में व्यक्त होती है; अपरिपक्वता, जन्म-क्षतिया तथा सगर्भता-काल में गरलता भी संप्रेरक घटक हैं।

बहुमारीलोचन—रोग बहुत ही छुतहा है। पैठन के मुख्य स्रोत आयुर के कार्यकर्मी (नर्स, कंपाउंडर आदि), हाल ही में चर्मपूयता से पीडित माएं और पयांपा बच्चे में पूयिक अड़े होते हैं (उदाहरणार्थ, नाभि-रज्जु से पैठन)। वासिलों के वाहक व्यक्ति भी पैठन फैला सकते हैं। रोग की बहुमारिकता जच्चा घरों में प्रकट हो सकती है, जहां बीमार नवजात शिशु से पैठन वहा के कार्यकर्मियों के माध्यम से स्वस्थ वच्चों तक पहुंच सकता है। यदि बहुमारी शुरू हो जाये, तो शिशु-विभाग को बद कर देना चाहिए और कमरों, वस्त्रों को निष्पैठित करना चाहिए। यदि कुछ ही बच्चे बीमार हो, तो उन्हें अलग कर देना चाहिए। इस तरह के तथ्य देखने में आये हैं कि बासिल के वाहक व्यक्ति का किसी दूसरी जगह (काम पर) स्थानांतरण कर देने से रोग के नये केस नहीं उत्पन्न होते और बहुमारी उन्मूलित हो जाती है।

तल्पिक चित्र और प्रवाह—रोग शिशु के जन्म के बाद प्रथम दिनों या सातवें से दसवें दिन शुरू होता है। त्वचा पर, जो पहले साफ या हल्की ललामिक थी, मटर के आकार के छोटे बुल्ले (या कुछ बड़े भी) कुछ ही घंटों में उत्पन्न हो जाते हैं। इससे पूर्व बच्चे में बेचैनी और ज्वर अवलोकित होता है। बुल्लों का अतर्द्रव्य धुधला और पूयिक हो जाता है। फिर बुल्लों का आकार बढ़ता है और पूरे शरीर पर छाने लगते हैं, उनकी चोटिया (शीर्ष) फटती हैं और चमकीली लाल, आर्द्र और खुजलीग्रस्त अपरदित सतह अनावृत होती है (दिखायी पडती है), परिसर पर अधिचर्म के अवशेष होते हैं। अपरदन से निकला स्राव सीगमी-पूयिक खड़ी बनाता है। रोग के प्रिय स्थल, नाभि, पेट, वक्ष, पीठ, नितब और हाथ-पैर हैं। प्रक्रिया मुंह, नाक, जननेंद्रिय और आखों की श्लेष्मल झिल्ली पर भी फैल सकती है। इन स्थलों पर वुल्ला बहुत जल्द फट जाता है और उसकी जगह पर गोल, अडाकार या बहुचक्रीय आकृति की अपरदित सतह रह जाती है (बुल्ले की आकृति

क अनुसार फमजान तथा गपोषक्य पयापा वच्चा म यह रोग बहुत तजी स फलना ह फन गल्ला म स पाप रु स्वपठन म वच्चा वेचैन हो जाता है ठीक स सी नय फाना, अगर का नामक्रम 38-39^५ हो जाता है; अनभुख, श्वेतकोशिकाश्नेश, गआजीनांर्फीलिया तथा ESR वर्धन भी अवलोकित होता है। इस स्थिति में अनेक क्लिष्टताएं उत्पन्न हो सकती है—कर्णशोथ, क्लामशोथ, फलगमोन और यश तक कि मृषन भी।

महामाग्निक बुदबुदिया (रह-रहकर) विस्फोट की तरह होता है, एक साथ ढेर सारे बुल्ले थोड़े-थोड़े समय पर निकल आते हैं। स्फोटन रुकने पर कुछ समय बाद उसका पुनगवर्धन भी हो सकता है। यदि कोई क्लिष्टता उत्पन्न नहीं होती, तो रोग तीन से पांच सप्ताह में ठीक हो जाता है।

ऊतगदलोचन—बुल्ला का शीर्ष सामान्य शृंगी परत से बना होता है और आधार काटल परत से। बुल्ला के कोटर में श्वेतकोशिकाएं, काटल परत की मृत कोशिकाएं तथा रोगकारी जीवाणु होते हैं। वस्तिकाएं शोफित होती हैं और कुभियो के गिर्द हल्का अंतर्म्यदन होता है।

निदान—निदान प्रथम दो सप्ताह में बुल्लो के निकलने की बारी (पाली) पर, उनके द्रुत विकास और उनके आधार (तली) में अतर्स्यद की अनुपस्थिति पर आधारित होता है। विमंदक निदान सबसे पहले सीफिलिक बुदबुदिया और जन्मजात अधिचर्मलयता के साथ किया जाता है, जो जन्म के समय उत्पन्न होती है। नवजात की सीफिलिक बुदबुदिया में बुल्ला अंतर्म्यदित आधार (तली) के साथ मुख्यतः हथेलियों, तलों और नितबों पर होता है। इसके अतिरिक्त आरंभिक सीफिलिस के लक्षण पाये जाते हैं। सीफिलिक नासाशोथ, वस्तिकाएं, होखजिगर (Hochsinger) द्वारा वर्णित विसरित अतर्स्यदन, बुल्ला से निकले स्राव में त्रेपोनेमा पालीडुम का पता लगना, लबी गठिक अस्थियों पर प्रभाव, वासरमान (Wassermann) द्वारा निरूपित परीक्षण के धनात्मक परिणाम, प्रेसीपीटिन प्रतिक्रिया, त्रे. पालीडुम के निश्चलीकरण का परीक्षण आदि। जन्मजात अधिचर्मलयता में बुल्ले चर्म के ऊर्ध्व क्षेत्रों में स्थानाबद्ध होते हैं, जहां चोट आयी रहती है, नवजात शिशु में ये स्थल हैं—सिर, कंधे, पैर। बुल्लानुमा क्षतियां बहुत अल्प संख्या में होती हैं (कहीं-कहीं गंकाध)। शोथ अक्सर नहीं होता, या मुश्किल से व्यक्त रूप में होता है। जन्मजान बुल्लेदार अधिचर्मलयता का कुपोषी रूप नखों, दांतों तथा बालों में कुपोषज परिवर्तनों द्वारा लंछित होता है। छोटी शीतला (चिकेन पौक्स) में पीपिकाएं अपने स्वच्छ पीताभ अतर्द्रव्य के कारण वस्तिकाओं और बुल्लाओं से मिलती-जुलती हैं। गोल (वर्तुली) तनी हुई पीपिका के मध्य में कुछ दबा हुआ स्थल एक महत्वपूर्ण निदानिक लक्षण है—परिसर में पीपिकाएं हल्के शोफित अति

रक्तिल ऊतक के सकरे कटिबंध से घिरी होती है। छोटी शीतला की पीपिकाएं चिरे ही फटती हैं उनका अतद्रव्य सूखकर पूय-सीरमी खड़ी में परिणत हो जाता है।

चिकित्सा—बुल्ला का मुह खोलकर अधिचर्म अवशेषों को सावधानीपूर्वक निकाला जाता है। अपरदन पर 5 प्रतिशत बोरिक अम्ल और नपथालान का मलहम, या 3-5 प्रतिशत सुल्फोनामीड तथा 2-3 प्रतिशत प्रतिजीवको से युक्त मलहम, या अनीलीन रंजकों का 1 प्रतिशत घोल लगाया जाता है। गुनगुने पानी में पोटेशियम परमैंगनेट घोलकर स्नान या धोने की सलाह दी जाती है। तीव्र एवं विस्तृत क्षतियों की स्थिति में प्रतिजीवकों, सुल्फोनामीड और वी-सकुल के विटामिनो से सामान्य चिकित्सा की जाती है, इसी उद्देश्य से मा के रक्त की सुई भी दी जाती है। विशेष तीव्र स्थिति में (जब रोग चर्मरुण रूप में होता है) कोर्टिकोस्टेरोइडों से शिशु की प्राण-रक्षा हो सकती है। बच्चे की चिकित्सा और देखभाल में पूर्ण सफाई रखना परमावश्यक है।

निरोध—कपड़े, वस्त्र आदि कम अंतरालों पर बदलते रहना चाहिए। प्रसूति-गृहों में परिचारिकाओं तथा मांओं को हाइजिन के सिद्धांतों से अवगत होना चाहिए और नवजात शिशु के पास आने से पहले मुह-नाक पर गजी (जालीदार सूती कपड़े) का टुकड़ा बांध लेना चाहिए। नर्सों, प्रसूतकों, धायों आदि सभी कर्मचारियों की समय-समय पर जांच होनी चाहिए, ताकि यदि उनमें चर्मपूयता का अधिकेंद्र (अङ्गु) हो, तो ठीक समय पर पता चल जाये। यदि किसी में चर्मपूयता का अधिकेंद्र मिले, तो उसे अस्थायी तौर पर किसी अन्य काम पर स्थानांतरित कर देना चाहिए। नेटा (नासा-स्राव) तथा गले के खखार का भी परीक्षण करना चाहिए कि कोई बसिलों का वाहक तो नहीं है। कक्षाओं को क्वार्टर-सू-लैप से विकिरणित करना चाहिए और सभी प्रकार की सफाई भीगे कपड़े से करनी चाहिए।

भविष्यवाणी नवजात शिशु की प्रतिरोध-क्षमता, उसकी प्रतिकारिता-शक्ति और शरीर में रोग के फैलाव पर निर्भर करती है। रोग के सुदम रूप में वह अच्छी होती है और दुर्दम रूप में वह गंभीर भी हो सकती है। प्रतिजीवको के आविष्कार से पहले बहुमरिक बुदबुदिया से मृत्यु की दर 50 से 60 प्रतिशत तक थी। अब वह बहुत घट गयी है।

रिट्टर का रोग (नवजात शिशु में अपशल्की चर्मशोथ)

कुछ वैज्ञानिक इसे नवजात शिशु में अधिचर्म बुदबुदिया का ही तीव्र रूप मानते हैं, जबकि अन्य वैज्ञानिक दोनों को अलग-अलग रोग मानते हैं। प्रथम मान्यता इनके अस्थायी तत्त्विक रूपों इनके छुत्हापन और प्राथमिक क्षतियों की

विशेषताओं पर आधारित है।

हेतुबोधन अप्रकाश प्रकाशिक अपशल्की रमशोध का के
पैठन से उत्पन्न मानते हैं। (अधिकांश उदाहरणों में सुनहरा ही
गठजनक पाये गये हैं)। कुछ वैज्ञानिक इसे स्नाफिलोकोकों और स्त्रप्लोकोकों के
मिश्रित पैठन से उत्पन्न मानते हैं, क्योंकि कुछ उदाहरणों में स्त्रेप्लोकोको का
बहुगुणन भी देखा गया है।

गठजनन की युक्तिया दोनों ही रंगों में एक जैसी है।

तत्त्विक चित्र और प्रवाह—नवजात में बहुमरिक् बुदबुदिया की तरह यह
रोग भी जन्म के बाद प्रथम सप्ताह के ही दौरान होता है। पहले मुँह में एक
चमकदार शोफित शोथी लालामी उत्पन्न होती है, जो जल्द ही गले की सलवटों पर
और नाभि, जननेन्द्रिय व पृष्ठद्वार के गिर्द फैल जाती है। इसकी पृष्ठभूमि पर
बड़े-बड़े वर्तुली एवं तनावपूर्ण बुल्ले उत्पन्न होते हैं, जो जल्द ही फट जाते हैं और
उनके स्थान पर स्रावयुक्त अपरदित सतह रह जाती है। हल्की क्षति से भी शोफित
एक ढीली अधिचर्म अपनी जगह से उघड़ जाता है। जब अपरदनो के गिर्द स्थित
अधिचर्म की धज्जियों को चिमटे से खींचा जाता है, तो वे नीचे की परतों से अलग
हो जाती हैं—यहाँ तक कि स्वस्थ दिखने वाली त्वचा पर भी दूर-दूर तक (इसे
निकोल्स्की-निरूपित धनात्मक चिह्न कहते हैं)। इसके पूर्ववर्ती लक्षण या तो
बिल्कुल नहीं होते, या मतली और ज्वर में व्यक्त होते हैं। कुछ स्थितियों में
बुल्लानुमा स्फोट शुरू में रहते हैं पर बाद में रोग चर्मरुणता के लक्षण ग्रहण कर
लेता है। कुछ रोगियों में यह रोग चर्मरुणिक परिवर्तनों की उत्पत्ति से शुरू होता
है। ऐसी स्थिति में चर्म की लगभग सारी सतह दो-तीन दिनों में रोग-प्रक्रिया की
चपेट में आ जाती है। रोग के तीन चरणों में भेद किया जाता है—लालामिक,
अपशल्की, नवजनक। प्रथम चरण में त्वचा विसरित रूप से लाल होती है, शोफ
होता है। बुल्ला उत्पन्न होते हैं। अधिचर्म में और इसके नीचे रिसाव होता है,
जिससे निस्त्वचन शुरू होता है, जगह-जगह पर अधिचर्म उघड़ जाता है
(निकोल्स्की-निरूपित लक्षण)। द्वितीय चरण अपरदनो द्वारा लक्षित होता है, जो
परिसरीय प्रसार की प्रवृत्ति रखते हैं और सलीन हो जाते हैं। यह सबसे गंभीर काल
होता है (बच्चा द्वितीय, कोटि के झुलसन से ग्रस्त रोगी की तरह लगता है)। उच्च
ज्वर, अनपच, अल्परक्तता, श्वेतकोशिकाक्लेश, एओजीनोफीलिया, उच्च ESR,
भार में कमी, निर्बलता आदि अवलोकित होते हैं। तृतीय, नवजनक चरण में चर्म
का रक्तानिरेक और शोफ कम हो जाते हैं, अपरदन पर उपकला का जन्म होने
लगता है।

रोग के हल्के रूप में इन चरणों की प्रकृति इतनी स्पष्ट नहीं होती तीव्र

शोथ 10 से 14 दिनों में दूर हो जाता है और अधिचर्म के बहुपरनीय निःशल्कन की प्रचुरता देखी जाती है। तीव्र केसों में प्रक्रिया सृपन के रूप ग्रहण कर लेती है और अक्सर क्लिष्टताएं भी उत्पन्न होती हैं (क्लोमशोथ, कर्णशोथ, छादिकीय प्रक्रियाएं, फ्लेगमोन), जो घातक सिद्ध हो सकती हैं। कुछ बड़े नवजात शिशुओं में रोग का प्रवाह कुछ सुदम होता है।

नवजात में बहुमारिक बुदबुदिया की तरह यह रोग-प्रक्रिया भी मुह, होठों, नाक और जननेन्द्रियों की श्लेष्मल झिल्ली पर फैल सकती है; तब साथ में अपरदन और फटाव भी होता है (मुह के कोनों पर, होठों पर)।

ऊतगदलोचन—अधिचर्म में रिसाव से श्रृंगी परत से उभार उत्पन्न हो जाता है या वह बिल्कुल खत्म हो जाती है। काटल, पिटकामय एवं अवपिटकामय में स्पष्ट शोफ उत्पन्न होता है, रक्तकुभियों का विस्फारण हो जाता है और श्वेतकोशिकीय अतर्क्यद वन जाते हैं।

निदान के आधार हैं—नवजात शिशु के जीवन के प्रथम दो या तीन सप्ताह के अन्दर चर्म में विस्तृत शोथी परिवर्तन (साथ-साथ बुल्ला उत्पन्न होते हैं, जो चोड़ियों के रूप में अपशल्कन को स्थान देते हुए गायब हो जाते हैं), रोग की हठात शुरूआत और तीव्र प्रवाह जो कभी-कभी तीव्र सांगोपाग अवस्था द्वारा लक्षित होता है, क्षतियों की विशिष्ट स्थानाबद्धता, धनात्मक निकोल्स्की-लक्षण और रक्त में रूपलोचनी परिवर्तन।

विभेदक निदान दग्ध, बुल्लेदार अधिचर्मलय, प्रारंभिक जन्मजात सीफलिस की बुदबुदिया, लाइनर-रोग (अपशल्की चर्मरुणता) तथा जन्मजात मीनचर्मता-सदृश चर्मरुणता के साथ किया जाता है। दग्ध की संभावना रोग-वृत्ति के आधार पर त्यागी जा सकती है। बुल्लेदार अधिचर्मलय और सीफलिसी बुदबुदिया से भिन्नता दिखाने वाले लक्षण पूर्ववर्ती अनुच्छेद में बताये गये हैं। लाइनर-रोग बड़ी उम्र के बच्चों में होता है, यह ललामिक-अपशल्की क्षतियों द्वारा लक्षित होता है; इसमें बुल्ला नहीं बनते, लेकिन पृष्ठद्वार और जननेन्द्रिय के क्षेत्र (वृहत् चर्म सलबटो पर) पूरी तरह ग्रस्त हो जाते हैं। क्षतियां धड़, चंहेरे और शिरोवल्क पर होती हैं, जिनका अधिकतम विकास जीवन के द्वितीय महीने में होता है। इसके बाद अपशल्की चर्मशोथ गायब हो जाता है। अपरदन कम चमकदार होते हैं, वे रसालु-से दिखते हैं। क्षतियों का रंग पीताभ होता है, शल्क तैल तथा पीताभ होते हैं (इन लक्षणों के कारण अपशल्की चर्मरुणता वपास्रावी दिनाई की तरह लगती है)। जन्मजात मीनचर्मता सदृश चर्मरुणता का बुल्लेदार रूप जन्म के पूर्व ही विकसित होने लगता है और बुल्लो अपरदनों तथा व्रणों से युक्त चर्मरुणता के रूप में व्यक्त होता है जो चोट लगने वाली जगहों पर अधिक स्पष्ट होता है हर्षेलियों और

तलवा पर अतिश्रुगन हाता है इन सभी लक्षणों के साथ साथ अस्थियो तथा दातों की विसंगति और क्षण बद्धि का भा सम्मिल हो जाता है रोग का विकास शरीर के सामान्य नापक्रम और रक्त के सामान्य रूपलोचन के परिप्रेक्ष्य में होता है।

चिकित्सा—ऐसे रोगियों की चिकित्सा अपेक्षाकृत कठिन है और इसमें चर्मलोचक व बालरंग-विशेषज्ञ के सम्मिलित प्रयास की आवश्यकता होती है। पहल विवेकसंगत आहार निश्चित करना चाहिए और सफाई का पूरा ख्याल रखना चाहिए। ठंड से बचना चाहिए (शीतलतादायक लोशन और पुल्टिस प्रतिसंकेतित है)। बाह्य चिकित्सा में प्रतिशोथी प्रभाव डालने तथा पूय-खड्डियों को हटाने के लिये चरणगत थेरापी के रूप में निम्न दवाएँ प्रलिखित होती हैं—5 प्रतिशत नेओमीसिन, गेलिओमीसिन या डीविओमीसिन से युक्त महलम; 0.5-1.0-3.0 प्रतिशत एरीथ्रोमीसिन या 5 प्रतिशत पोलिमिक्सीन से युक्त महलम। सीमित क्षेत्रों पर कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोनों और प्रतिजीविकों से युक्त महलम एवं क्रीम भी प्रयुक्त हो सकते हैं, जैसे—नोकाकोर्टन, ऑक्सीकोर्ट, गेओकोर्टन, डेर्मोजोलोन। सामान्य (सागोपाग) थेरापी में पेनीसिलिन या तेत्रासिकलीन-यौगिक, सुल्फोनीलामीड (सूक्ष्मतृणों की संवेदिता और बच्चे की सहन-शक्ति को ध्यान में रखते हुए), विटामिन बी-संकुल, विटामिन 'सी' और मा के रक्त की सुई का उपयोग होता है। स्टेरोइड हार्मोन उग्र स्थितियों में ही दिये जाते हैं। सृपन होने पर प्रतिजीवक थेरापी के साथ-साथ डेक्स्ट्रानो, नैसर्गिक प्लाज्मा, ताजा साइट्रेटकृत रक्त, कोट्रीकाल और पावा तदनुरूप खुगको में नित्य दो बार (हर 12 घंटे पर) दिया जाता है।

निरोध के उपाय वैसे ही हैं, जैसे जन्मजान बहुमरिक बुदबुदिया के लिये।

भविष्यवाणी गंभीर (खतरनाक) है और अधिकांशतः शरीर की प्रतिरोधिता तथा प्रक्रिया के प्रसार व तीव्रता पर आधारित की जाती है। प्रतिजीविकों और स्टेरोइड हार्मोनों के उपयोग से इस रोग के कारण मृत्यु की दर बहुत घट जाती है।

नवजात में बुल्लेदार इंपेतिगो

यह रोग नवजात में बहुमरिक बुदबुदिया का हल्का रूप माना जाता है, जिसमें यह अपर्याप्त चिकित्सा के कारण परिणत हो सकता है। बच्चे का स्वास्थ्य खराब होने पर भी परिणत हो सकता है। यह स्ताफिलोचर्मता का एक सुदम रूप है और मटर या चेरी के आकार के अलग-थलग स्थानाबद्ध एकल कोटरीय बुल्लो द्वारा लक्षित होता है। बुल्ले का शिखर पतला तथा तनावपूर्ण होता है और आर्द्र (गीले) अपरदन को नंगा करते हुए शीघ्र ही फट जाता है। उनका अंतर्द्रव्य सीरमी या सीरम-पूयिक होता है। स्राव सूखकर पतली सतही खट्टी में परिणत हो जाता है। बुल्ले धड़ एवं हाथ-पैरों पर उत्पन्न होते हैं और उनमें परिसर में प्रकीर्णित होने

(बिखरने) की प्रवृत्ति होती है। बच्चे की सामान्य अवस्था में विरले ही कोई गड़बड़ी होती है।

निदान में कोई कठिनाई नहीं होती।

चिकित्सा—बुल्लों को खोलकर अपरटन पर अनीलीन रजको का लेप लगाया जाता है। बच्चे की इस काल में अन्य सांयोगिक रोगों से रक्षा करनी चाहिए, क्योंकि वे रोग-प्रक्रिया के प्रवाह को उग्र कर सकते हैं।

भविष्यवाणी अनुकूल होती है।

जंतुक चर्मरोग (जंतुक परजीवियों से उत्पन्न चर्मरोग)

जंतुक परजीवियों से उत्पन्न होने वाले चर्मरोगों को जंतुक (या जंतुक) चर्मरोग कहते हैं। जंतुक परजीवियों में निम्न के नाम आते हैं—जू (यूका), पिस्सू (पिशु), खटमल, मच्छड़ और कुटकी की कुछ जातियाँ (खाजकारी कुटकी, घोड़ों व चूहों की कुटकियाँ, दानेदार खुजलियों के निमित्त कारण आदि)। चर्मलोचक के चिकित्सानुशीलन में महत्वपूर्ण रोग हैं—खाज और यूकार्ति (चिल्लडक्लेश)। इनका आक्रमण रोगी व्यक्ति के साथ सीधे संपर्क से या उसकी वस्तुओं (अप्रत्यक्ष मार्ग) से होता है—विशेषकर उसके वस्त्रों और बिस्तर से।

ये रोग विशेषकर युद्ध, अकाल, बर्बादी, वृहत पैमाने पर लोगों के विस्थापन के समय फैलता है। अधिक जमघट, अनियमित स्नान, गंदे कपड़े आदि इस रोग को फैलाने में सहायक होते हैं। फिर भी 1970-74 में विश्व के अनेक देशों में खाज का जो 'विस्फोट' (आकस्मिक प्रसार) हुआ था, उस समय इसके परंपरागत सहायक घटक अनुपस्थित थे। इसीलिये यह विचार प्रस्तुत किया गया कि खाज की 'महामारी' पर परिवेशिकीय एवं मौसमलोचनी घटकों का प्रभाव पड़ता है (विस्तृत अर्थ में), जो शायद इसके निमित्त कारणों की जीवलोचनी सक्रियता पर असर डालते हैं। इससे रोग का उन्मूलन करने, उसकी गादिकता कम करने की एटी-बहुमारीय युक्तियों और आरोग्यशालीय विधियों के पूरे संकुल को अपनाने का महत्व बहुत बढ़ जाता है, सोवियत स्वास्थ्य सेवा में इनकी कारगरता पूरी तरह सिद्ध हो चुकी है।

भारत में लोगों का जीवन-स्तर ऊँचा होने के कारण, सही स्वास्थ्य शिक्षा और आयुरी सेवा के निरोधात्मक और आरोग्यशालीय सिद्धांतों पर आधारित कुशल आयुरी सहायता ने इस देश में ऐसी परिस्थितियों को जन्म दिया है जिनसे

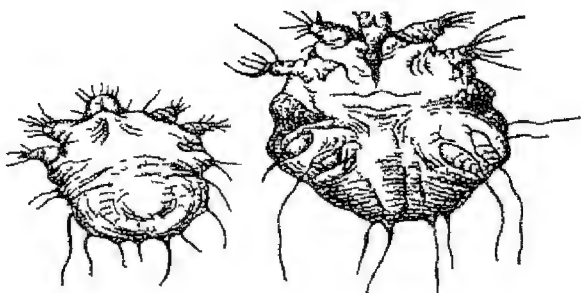
यूकालिन का नमून हा मरना और खान की पायकता म बहुत कमी की जा सकी ह

खाज

हेतुलोचन और गदजनन—खाज आकारुस स्काविएड या साकोप्टेस स्काविएड वार होमोनिस नामक कड़ुकारो कुटकियो से होती है। मादा कुटकी नर से बड़ी होती है (क्रमश 0 14-0 19 मिलीमीटर लंबी और 0 4-0 45 मिलीमीटर चौड़ी) और देखने में कटुण की तरह लगती है (चित्र)। नगी आखो से देखने पर वह पिन के सफेद सिर जैसी दिखती है। निपेचन के बाद (जो चर्म की सतह, अर्थात् त्वचा पर होता है) नर को मृत्यु हो जाती है और मादा कुटकी अधिचर्म की सतही परतो को बेधकर उनमें बिल बना लेती है, वह अपने खीतिन (chitin) के मजबूत जबड़ों से चर्म की शृंगी परत में छेद कर लेती है। चर्म से बाहर वह कुछ ही दिनों में मर जाती है। छ से आठ सप्ताह में मादा कुटकी बिल में 50 तक अंडे देती है। इनसे वयस्क कुटकिया तीन से सात सप्ताह में बनती है। आकलन किया गया है कि तीन महीनों में एक मादा कुटकी के अंडों से करीब 15 करोड़ कुटकियां विकसित हो सकती हैं।

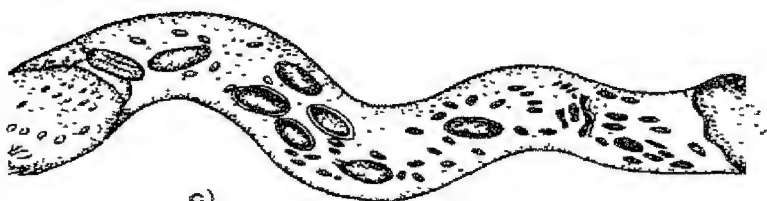
रोग शरट और शीत ऋतु में कुछ ज्यादा प्रायिक हो जाता है, यद्यपि इसके केस सालों भर मिलते रहते हैं। अतर्शयन-काल 7-10 दिन से एक महीना या इससे अधिक भी हो सकता है। शरीर पर इनका आगमन रोगी व्यक्ति के माध्यम से होता है, विशेषकर यदि विस्तर, वस्त्र आदि साथ होते हैं। बच्चों में यह रोग रोगी बच्चे से फैल सकता है।

तल्पिक चित्र—जिस स्थल पर मादा कुटकी प्रवेश करती है, वहां एक छोटी-सी वस्तिका बन जाती है। खाज का मुख्य लक्षण खुजली ही है। खुजली शाम को और रात में विशेष तीव्र हो जाती है, जब रोगी सोने जाता है। लंछक खुजली के अतिरिक्त, जो रोग का प्रथम लक्षण है, जोड़ियों में या बिखरे हुए पिन के सिर जैसे बड़े पिटिकीय वस्तिकीय दाने निकल आते हैं, बिल (भूरे रेशों जैसी रेखाएं) और चर्म को खुरचने पर शल्क बनते हैं। कुटकी के प्रिय स्थल हैं अतरागुलिक चर्म की झुरिया, उगलियों के पार्श्व, कलाई की आकुचक सतह, प्रबाहु और कोहनी की ऋजुकारी सतह, धड़ की अग्र और पार्श्व सतह, काक्षिक पुटको की अग्र सतह, स्तनों के गिर्द, पेट पर विशेषकर नाभिकीय छल्ले के गिर्द, नितब, जाघ, पिंडलिया और लिंग का क्षेत्र। कोहनी की अस्थि-संधि की ऋजुकारी सतह पर कभी-कभी पिटिकीय-वस्तिकीय क्षतियों पर शुष्क खट्टियों और शल्को का आवरण देखा जा सकता है (गोर्छाकोव-आर्डी का लक्षण)। बिल अधिकांशतः अतरागुलिक झुरियों



a)

b)



c)

कुटकी

A नर। B मादा, C बिल

और कलाई पर देखे जा सकते हैं। उनकी लंबाईयां 2-3 मिलीमीटर से लेकर 0.5 सेंटीमीटर तक हो सकती हैं। विशालक शीशा से बिल को देखने पर पास-पास स्थित काले बिंदु दिखते हैं, जो कुटकी द्वारा बनाये गये छेद (द्वार) हैं, जिनसे निकलकर सतान कुटकियां चर्म की सतह पर आती हैं, ये बिल में हवा के आने के रास्तों का भी काम करते हैं। कभी-कभी वस्तिकाओं के स्थान पर पिन के सिर जितनी बड़ी रक्त की खड्डियां भी बन जाती हैं।

उपर्युक्त स्थान ही कुटकी को प्रिय होते हैं, क्योंकि वह पतली शृंगी परत पसंद करती है। छोटे बच्चों में खाज का स्थान कुछ भिन्न होता है—क्षतिया गोडो, हथेलियों, नितवों, तलवों, चेहरे और शिरोवल्क की मध्य (मेडियल) सीमाएं।

खाज के साथ होने वाली तीव्र खुजली के कारण रोगी खरोंचे और निशल्कन करके अक्सर पूयकागी पैठन को आमंत्रित कर लेता है। इसके फलस्वरूप खाज निम्न रोगों से क्लिष्ट हो सकता है—मशिकाशोथ, फुसी, लसग्रथिशोथ, लसकुभिशोथ, डपेलिगो, एक्थीमा। इन परिस्थितियों में खाज का तल्पिक चित्र बदल जाता है और निदान कठिन हो जाता है (फिर भी खुजली की प्रकृति और प्रक्रिया के स्थलों के आधार पर सही निदान किया जा सकता है)। कभी-कभी प्रकीर्णित एंव क्लिष्ट खाज की स्थिति में रक्त में एओजीनोफीलिया और आल्बूमिनूरिया भी पाये जाते हैं। रोग जीवाणुक दिनाइ से भी क्लिष्ट हो सकता है जिसमें क्षतिया स्त्रियों के

बुचुक क गट आर पम्परा का नाथ का मन्त्र (मन्त्रियल सतह पर अधिक होती है वे क्षनिया सम्पन्ना से पारसामित होता है कभी कभी उनम रिसाव होता है वे अनरु पीपम्परा आर खड्गिरा से आच्छादित होता है

खाज के उपतान्यक रूप (अवलिन्न खाज) पिछले समय में अधिक प्राधिक हो गये है; इनमें लछक क्षति नहीं होती (विशेषकर कुटकी के विल). लेकिन खुजली बहुत तीव्र होती है। रंग का यह रूप उन्हीं व्यक्तियों में होता है जिन्हें सफाई से रहने की आदत नहीं होती, या उन रोगियों में, जिनका ठोक ढग से इलाज नहीं होता। वैसे, ध्यान से निरीक्षण करने पर इन केसों में भी जोड़ियों में पिट्टिकीय वस्तिकाएँ, बहुत बन्नी वस्तिकाएँ और पित्तिक क्षतिया अनुवेदित हो सकती है।

ऊतगदलोचन—कुटकी का विल मुख्यतः शृंगी परत में स्थित होता है और सिर्फ इसका बट निरा हो मालपीगी परत में या उसके पार पहुँचा होता है। विल का यही वह भाग है, जिसमें मादा कुटकी निवास करती है। मालपीगी परत में अंतर्कोशिकीय एव अंतर्गकोशिकीय शोफ विकसित हो जाता है, जिसके फलस्वरूप छोटी वस्तिका बन जाती है। मुख्यतः लसकोशिकाओं से बना हुआ एक चिरकालिक शोथी अतर्स्थद सुचर्म में देखा जाता है। यह विल के नीचे स्थित रहता है।

निदान—खाज का कभी-कभी गलती से कड़ु मान लिया जाता है, क्योंकि इसमें भी रोगी खुजली से परेशान रहता है। लेकिन इसमें खुजली दिन-रात रहती है, रोग वर्षों तक टिका रह सकता है; इसके लक्षण है—त्वचा का भूरा रंग, श्वेत चर्मलेखन (डर्माटोग्राफिया), पिट्टिकाओं की उपस्थिति (अक्सर रक्त की खड्डियों से आच्छादित), और लसपर्वों का वर्धन (कड़ुंग गिल्टिया), पिट्टिकाएँ अधिकांशतः हाथ-पैर की ऋजुकारी (उन्हें सीधी करने वाली) सतहों पर होती है।

खाज के निदान में निम्न लक्षण सहायक होते हैं—खाज के प्रिय स्थलों के चर्म पर पिट्टिकीय वस्तिकाओं की जोड़ियों में उत्पत्ति, रात में खुजली को तीव्रता में वृद्धि, कुटकी का विल, परिवार में कई लोगों में खुजली और गोर्छाकोव-आर्डी का लक्षण। कुछ केसों में 'त्रिभुज के लक्षण' से निदान में सहायता मिलती है—त्रिकास्थिक क्षेत्र में क्षतिया एक त्रिभुज बनाती है, जिसका शीर्ष नितबीय पुटक की ओर होता है। आमतौर पर पायी जाने वाली क्षतियों के अतिरिक्त इस क्षेत्र में इपेटिम क्षतिया और वर्णकता पायी जाती है, जो बाद में कृपोपज चित्तियों में परिणत हो जाती है।

जब खाज का तल्यिक निदान कटिन सिद्ध होता है, तब कड़ुक कुटकियों के अनुवेदन के लिये प्रयोगशालीय परीक्षण किये जाते हैं। इसे विल में से पिन की सहायता से निकाला जा सकता है। उस्तरे से वस्तिकाओं का या अतर्द्रव्य समेत विल का महीन अनुच्छेद काटने की विधि अधिक कारगर है। इन अनुच्छेदों को

म्लाइड पर क्षारीय हाइड्रोक्साइड के 20 प्रतिशत घोल से ससंश्लिष्य कियल ढलल है, ढक्कन-कलच से ढक ढलल ढलल है, फलर शुष्क प्रणलली ढलले सूक्ष्मढर्शन (अल्प अभलवर्धन) से परीक्षण कलल ढलल है। प्रसलधन मे कुढकलल ढलल उनकी ढलवन-कलल ढलल के उत्पाढ (अडे, वलसर्ज) कलले वलढुओं के गुच्छों के रूप मे ढलखलई ढेले है।

चलकललल—ऐसी ढवलए प्रयुक्त होती है, ढी शृगी परत को ढलीी कर्क वलल मे प्रवलष्य होती है और कुढकलल को नष्य कर ढेली है। एढी-परजीवी प्रसलधन अनेक है। चलकललल की कलरगरतल इन प्रसलधनो की प्रकृति पर नही, ढल्लक इनके सही उपयोग और चलकललल की पूर्णतल पर नलर्र करती है।

चर्म पर एढी-खलज ढवल ढलने से पहले रोगी को गर्म पलनी से स्नलन करना चललए। इससे त्वचल (चर्म की सतह) पर स्थलत कुढकलल यंत्रवत दूर हो ढलती है और शृगी परत ढलीी हो ढलती है। लेकलन ढलल रोगी चर्मपूयतल ढलल दढुक प्रकललल से पीडलत है, तो उसे स्नलन कल नलर्रेश नही ढेले। एढी-खलज ढवल धड़ और हलथ, हलथ-पैर के चर्म पर ढलीी ढलती है, उन ढगहो पर वलशेष अच्छी तरह से, ढी खलज के ललये प्रलल है। शलरोवल्क कल उपचलर नही कलल ढलल। दढुकर्ण और इंपेललगोकरण होने पर ढवल ढलीी नही ढलती, सलर्फ ग्रस्त क्षेत्रो पर लेपी ढलती है। सलथ-सलथ कललष्यतलओं की भी चलकललल की ढलती है।

चर्म मे बैंजलल बैंजोनेट कल घोल (बेजोइक अम्ल बैंजलल ईथर) ढललनल ढहुत कलरगर होता है। बैंजलल बैंजोनेट कल सलबुन पलनी के सलथ 20 प्रतिशत इमल्शन वयस्क रोगललो के ललये प्रयुक्त होता है और 10 प्रतिशत ढच्चों के ललये। 20 प्रतिशत घोल नलम्ल रीति से ढनलल ढलल है—20 ग्रलम हल ढलल कोई अन्य सलबुन छोटे-छोटे ढुकडो में कलढकर 780 ढललीलीटर गर्म (हल्के) पलनी मे घोल ललल ढलल है और उसमें 200 ढललीलीटर बैंजलल बैंजोनेट ढललल ललल ढलल है। औषधललय मे 10 प्रतिशत इमल्शन ढनलने कल नुस्खल नलम्ल है—

Rp Benzilbenziati 20.0
Saponis Viridis 3 0
Aq fontanae ad 200 0
MDS ढलल अनुयोग के ललये

इमल्शन ढनलने के ढलढ सलत ढलनो तक उसकी सकललतल ढनी रहती है। इसे 10 ढलनट के अतरलल पर दो ढलर त्वचल पर ढलल ढलल है। दूसरे ढलन उपचलर ढोहरलल ढलल है। तीन ढलन ढलढ स्नलन करलल ढलल है, वस्त्र-ढलस्तर आढल ढढले ढलले हैं।

ढैसल कल कलल ढल चुकल है, ढच्चो कल उपचलर सलबुन-पलनी के सलथ बैंजलल बैंजोनेट के 10 प्रतिशत इमल्शन से होता है ढल इमल्शन के आधलर पर 10

प्रतिशत वॉजल वजानर से युक्त मलहम तीन दिना तक मला जाता है

सूटर रत्तर म रॉनिल वनॉनट पट्रॉनटम के आधार पर 10 या 20 प्रतिशत सांद्रता क साथ बनाने की सलाह दी जाती है

खाज की चिकित्सा के लिए वैमियानोविच की विधि में सोडियम थायोसल्फेट का 60 प्रतिशत सांद्र घोल (घोल नं. 1) और सांद्रित हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का 6 प्रतिशत (या तनुकृत का 18 प्रतिशत) घोल (घोल नं. 2) प्रयुक्त होते हैं। घोल नं. 1 का 10 मिनट के अंतराल पर दो बार चर्म के सारे क्षेत्र पर मल दिया जाता है, फिर दस मिनट बाद घोल नं. 2 मला जाता है (5 मिनट के अंतराल पर पांच-पांच मिनट के लिये दो बार) सोडियम थायोसल्फेट का घोल एक तश्तरी में ढाल लिया जाता है और उसमें हाथ गीला करके उससे मला जाता है। हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का घोल बॉतल से सीधे हाथ पर ढाला जाता है। मल लेने के बाद रोगी साफ कपड़े पहनता है, बिस्तर आदि बदल लेता है। अगले दिन उपचार पुनः दोहराया जाता है, चिकित्सा समाप्त होने के दो दिन बाद रोगी को स्नान की इजाजत दी जाती है। बच्चों के लिये सोडियम थायोसल्फेट का 40 प्रतिशत घोल और सांद्रित हाइड्रोक्लोरिक अम्ल का 1 प्रतिशत सांद्र घोल (या तनुकृत का 12 प्रतिशत सांद्र घोल) प्रलिखित किये जाते हैं।

सल्फर का मलहम (व्यस्को के लिए 20-33 प्रतिशत सांद्र और बच्चों के लिए 10 प्रतिशत सांद्र) या विन्किसन का मलहम (15 प्रतिशत सल्फर, 10 प्रतिशत खाड़िया, 30 प्रतिशत हरा साबुन, 30 प्रतिशत पेट्रॉलेटम) मला जा सकता है। बच्चों की चिकित्सा के लिये विन्किसन के मलहम में आधा-आधा जिक पेस्ट मिला देते हैं। ये मलहम चर्म पर लगातार पांच दिनों तक नित्य एक बार मले जाते हैं। छठे दिन स्नान कराया जाता है और तभी वस्त्र-बिस्तर आदि बदले जाते हैं। सल्फर एवं विन्किसन के मलहमों का उपयोग सीमित है क्योंकि वे कपड़ों को गंदा करते हैं और औषधजनित चर्मशोथ सप्रेरित कर सकते हैं। यदि चर्मशोथ विकसित हो जाता है, तो मलहम लगाना बंद कर देते हैं और जिक का लोशन या पेस्ट प्रलिखित करते हैं। विन्किसन का मलहम वृक्कीय ऊतकों में क्षोभ उत्पन्न कर सकता (वृक्कार्ति) है, इसीलिये वृक्करोग से ग्रस्त लोगों को यह प्रलिखित नहीं किया जाता।

खाज की चिकित्सा पांटाशियम-साबुन के ताजा तैयार किये हुए 5 प्रतिशत इमल्शन से भी की जा सकती है। यह 5 दिनों तक देह में नित्य मला जाता है, चिकित्सा समाप्त होने के दो दिन बाद स्नान किया जाता है।

यदि चिकित्सा से लाभ नहीं होता, तो उसे तीन से पांच दिन बाद दोहराया जाता है।

गिसालु पारश्लेषण के प्रति प्रवणता रखने वाले बच्चों में खाज का उपचार करते वक़्त और चर्मशोथ से बचने के लिये तथा कृटाली खुजली को रोकने के लिये भी (जो परिस्थितज गदलोचनी प्रतिवर्त के कारण उत्पन्न होती है) अवसंवेदक तथा प्रतिहिस्टामिनिक प्रसाधन (कैल्सियम ग्लुकोनाट, डिआजोनिन, सुप्रास्टिन आदि) प्रलिखित किये जाते हैं। यह चिकित्सा उन लोगों को भी दी जाती है, जिनमें खाज परोक्षिक चर्मशोथ से क्लिष्ट हो जाता है।

सहवर्ती चर्मपूयता की चिकित्सा प्रतिजीवको, सुल्फोनामीडो और बाह्य प्रयोग की दवाओं सल्फर-टार और बोरिक अम्ल-टार से युक्त मलहमों, अनीलीन रजको और 2 प्रतिशत सैलीसीलिक अल्कोहल से की जाती है।

नियंत्रणकारी और निरोधात्मक युक्तियों का संगठन—सभी अनुवेदित रोगियों के लिये विशेष सूचना-पत्र भरे जाते हैं। पैठन-क्षेत्र में सभी रोगियों की एक साथ चिकित्सा खाज पर नियंत्रण की आवश्यक शर्त है। रोगी के परिवार के सभी सदस्यों या बाल-प्रतिष्ठान के सभी बच्चों व कर्मचारियों का निरीक्षण होना चाहिए। (यदि कोई रोगी इस प्रतिष्ठान में जाता है)। सभी रोगियों का ठीक समय पर अनुवेदन करके उन्हें बाकी लोगों से अलग करना चाहिए और उनकी चिकित्सा करनी चाहिए; तभी रोग-प्रसार का निरोध संभव है।

खाज के रोगियों की चिकित्सा विशेष प्रतिष्ठानों में की जाती है, यदि बहुमारीलोचनी स्थिति प्रतिकूल होती है, तो कीटनाशक कदम सगठित किये जाते हैं।

आंतरिक वस्त्रों, बिस्तरों को पूर्णतः कीट-रहित करना (DDT छिड़कना, K-साबुन से संसाधित करना) या शुष्कतापी या आर्ट तापीय कक्ष में कीट-रहित करना बहुत महत्त्वपूर्ण होता है। उन्हें साफ करके उबालने के बाद उन पर गर्म इस्तरी भी की जा सकती है। अन्य वस्त्रों को किसी कक्ष में निष्क्रीटित किया जा सकता है या उन पर DDT छिड़का जा सकता है।

खाज का एक बहुत विरल और विचित्र रूप है—**नौर्वेजियन खाज** (कुछ वैज्ञानिक मानते हैं कि यह सामान्य तौर पर ही पायी जाने वाली खाज का बहुत उपेक्षित रूप है)। इसका पहली बार वर्णन 1884 में नौर्वे के डानियेल्सेन (Danielssen) ने किया था। यह अत्यंत दुर्बल लोगों में (अक्सर कुष्ठ, मेरुसुषिरता आदि जैसे रोग से ग्रस्त व्यक्तियों में) और मंदित बौद्धिक विकास वाले लोगों में होता है।

नौर्वेजियन खाज में आक्रांति-स्थल पर चर्म शुष्क एवं मोटी गाढ़ी हरी खड्डियों से आच्छादित होता है, जो प्रसारित होकर आपस में मिल जाती हैं और कवच की तरह दिखने लगती हैं। यह कवच गति को सीमित करता है क्योंकि

चलत फिरते वज्रत इसमें पीना होता है। नख बहुत मोटे हो जाते हैं। ग्रस्त क्षेत्र में बाल शुष्क और क्रांतहीन लगते हैं। सभी नसपत्र वर्धित हो जाते हैं। रोगी के शरीर से अप्रिय गंध आती है। अल्लखनीय है कि खाज के लक्षण स्पष्ट होने पर भी खुजली बहाने शुरू होनी है या बिल्कुल नहीं होती। खड्डियों को बलपूर्वक हटाने पर अति रक्तिल चर्म प्रकट होता है, जिस पर नगी आखों से भी सफेद-सफेद बिंदुओं के ढेर दिखायी देते हैं। ये बिंदु कड़ुकारी कुटकियां हैं, जो खड्डियों और शल्को में छिपी रहती हैं।

खड्डियों को 5-10 प्रतिशत सल्फर-टार के मलहम से दूर किया जाता है, जिसके बाद सामान्य एटी-खाज प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं, सामान्य स्फूर्तिदायक उपाय किये जाते हैं।

कभी-कभी बड़ी सख्या में लोगों में पेडीकुलोइडेस वेट्रीकोजुस का आगमन (आक्रमण) होता है। इनसे दानेदार खुजली होती है। ये कुटकिया अनाजों पर रहती हैं। इसीलिये इनसे अक्सर अनाजघरों में दुलाई करने वाले या इन कुटकियों से संपृक्त पुआल पर सोने वाले ग्रस्त हो जाते हैं। चिकित्सा वैसी ही है, जैसी आम खाज की।

घोड़ों, चूहों, मुर्गों, कबूतरों आदि की कुटकिया आदमी को काट सकती है, जिससे तीव्र खुजली होती है, पिटिकाएँ, ददौरे आदि बन जाते हैं, लेकिन वे अधिचर्म को वेधती नहीं हैं, बिल नहीं बनाती। ये कुटकिया घर में वस्त्रों आदि पर भी चली जाती हैं। चिकित्सा में अल्कोहल का घोल, लोशन आदि प्रयुक्त होते हैं। कपड़ों और घर का निष्ठीकन, चूहों का उन्मूलन, बीमार घोंडों की चिकित्सा—ये सब उपाय आवश्यक होते हैं।

खटमलों (सीमेक्स लेक्टूलोरिस) और पिस्सुओं (पूलेक्स इरीटास) के काटने से खुजलीकारी पित्तिक क्षतियाँ होती हैं। पिस्सू (पिशु) के दश-स्थल पर एक लछक केद्रीय रक्तस्राव उत्पन्न होता है, जो अति रक्तिल धब्बे या ददौरे से घिरा होता है (आकार वाजरे के दाने के बराबर होता है)। चर्म पर जो अभिव्यक्ति होती है, उसकी चिकित्सा आवश्यक नहीं होती। खटमलों और पिस्सुओं के उन्मूलन के उपाय किये जाते हैं—खटमलों के निष्पैठक साधनों और घोलों से, पिस्सुओं के सल्फरकरण से, घर की सफाई से।

जब घोंडे की कुकुरमाछी (बौट-फ्लाई) के लार्वा आदमी के चर्म पर आ जाते हैं, तो 'लार्वा मियांस' नामक एक रोग विकसित होता है, फिर पाश की तरह ऐंठी हुई धागे-सी पतली और उभरी हुई सतह बनती है, जिसकी चौड़ाई 1-2 मिलीमीटर तक हो सकती है। यह त्वचा के नीचे लार्वा 24 घंटे में 15 सेटीमीटर या इससे अधिक दूरी तय कर लेता है।

चिकित्सा के लिये ग्रस्त क्षेत्र पर टिचर आयोडोन गैथल क्लोराइड का सघनन आदि प्रयुक्त होता है या लार्वा द्वारा आक्रांत क्षेत्र को करोजिक विधि से दूर कर दिया जाता है।

गीनिया-कृमि डाकुनकूलुस (फिरारिया) मेडीनेसिस विशेषकर गोड और टाग की अवचार्म वसा में विकसित होता है, जहा एक गुल्म बन जाता है। गुल्म के ऊपर स्थित चर्म में विगलनक्लेश हो जाता है; चर्म फट जाता है और वहा ब्रण उत्पन्न हो जाता है, जिसकी तली पर ये परजीवी पाये जाते हैं। इन्हे मारने के लिये गुल्म में पारद डाइक्लोराइड की सुई दी जाती है, फिर 24 घंटे बाद कृमि को कोटर में से पतली शलाका पर लपेटते हुए निकाल लिया जाता है। यदि गुल्म फटा नहीं है, तो कृमि को करोजिक विधि से भी निकाला जा सकता है।

कुष्ठ

कुष्ठ एक चिरकालिक पैठी रोग है, जो हासेन (Hansen) के बसिलों या मीकोबाक्टेरियम लेप्रे से होता है, इसकी खोज 1871 में हुई थी।

कुष्ठ का हेतुलोचन ज्ञात है, पर इसके बहुमारीलोचन, इसके पैठन ओर प्रसार की परिस्थितियों आदि का अध्ययन सर्वथा अपूर्ण है। रोग की निम्न विशेषताएं हैं—दीर्घकालीन अतर्शयन-अवधि, अनेक वर्षों तक का लवा प्रवाह, चर्म, श्लेष्मल झिल्ली और नर्वतंत्र की विशिष्ट क्षति।

सोवियत संघ में इस रोग के विशेष आक्रांति-क्षेत्र हैं—काराकाल्पाक, उज्बेकिस्तान, कजाखस्तान, निम्न-बोल्गा का क्षेत्र, सुदूर पूर्व और बाल्टिक गणतंत्र। यदा-कदा अन्य क्षेत्रों में भी इसके केस दर्ज होते हैं। कुल मिलाकर सोवियत संघ में इससे ग्रस्त की संख्या बहुत कम है। इनमें से अधिकांश लोगों की चिकित्सा कुष्ठाश्रमों में होती है। सोवियत संघ में इस रोग की प्रायिकता बहुत तेजी से घटी है और इसका कारण है लोगों के आर्थिक, सांस्कृतिक, स्वास्थ्य और सफाई के स्तर में उन्नति। इस बात की भी महत्वपूर्ण भूमिका रही है कि ठीक समय पर रोगी का अनुवेदन हो जाता है, उसे तुरंत पृथक् कर दिया जाता है, उसके संपर्क में आये सभी व्यक्तियों की जांच हो जाती है। प्रारंभिक आकड़ों के अनुसार विश्व में करीब एक करोड़ से अधिक लोग इस रोग से ग्रस्त हैं। सोवियत संघ में कुष्ठाश्रम संगठित किये गये हैं, जहा कुष्ठ-रोगियों को रखा जाता है, उनकी पूर्ण चिकित्सा की जाती है, ताकि वे सामान्य जीवन में लौट सकें।

हेतुलोचन और गदजनन—कुष्ठ के निमित्त कारण 'मीकोबाक्टेरियम लेप्रे' एसिड एब थल्लोरेजनास होते हैं। ये टीसील-नीलसेन (Ziehl Neelsen) का



कुष्ठाबिक कुष्ठ

कर लेते हैं और 'मीकोबाक्तेरियम तुबरकुलोसिस' से मिलते-जुलते मृत्ति छड़ की तरह होती है, जिसके सिर कुछ नुकीले होते हैं। गुच्छे (ग्रुपो) में होते हैं, जो देखने में सिगार के पैकटों की तरह गग छड़ों के रूप में ये कम ही होते हैं। इनका कैप्सूल नहीं होता ही बनाते।

प्रति अधिक प्रवण होते हैं, जबकि वयस्क बहुत कम ही इससे ये इस रोग से पीड़ित बच्चों व वयस्को का रक्त 'मीकोबाक्तेरियम टावेट करने) में प्रयुक्त होते हैं। रेशाकुरों, माक्रोफागों और शिकाओ पर इन जीवाणुओं को पनपाने के कुछ प्रयत्न सफल

ने वाले गाँठवत कुष्ठ की क्षतियों से मिलती-जुलती क्षतियाँ ली बार सोवियत संघ में उत्पन्न किये गये थे (केंद्रीय चार्म और न में)। इससे कुष्ठ के तल्पिक चित्र, गदजनन, निरोध और गिक अध्ययन हो सकेगा।

आदमी के शरीर में मि. लेप्रे के प्रवेश के मार्ग का अभी तक पूरी तरह अध्ययन नहीं किया जा सका है। लंबे समय तक दैनंदिन जीवन में गंगी के साथ निकट का संपर्क (जैसे परिवार में) निश्चय ही पैठन को संप्रेषित करता है। रोगी का अन्य व्यक्तियों (विशेषकर परिवार के सदस्यों) के साथ जितना ही लंबे समय तक संपर्क रहेगा और परिवार में सांस्कृतिक, स्वास्थ्य सफाई व हाइजिन का स्तर जितना ही निम्न होगा, पैठन की संभावना उतनी ही अधिक होगी। स्पष्टतः यह नन्ही बूंदों के माध्यम से (जो खासने, छीकने के वक्त मुह से निकलती है) श्वसन मार्ग के सहारे होता है (प्रारंभ में मि. लेप्रे नाक की विभाजक दीवार के उपास्थिक भाग की श्लेष्मल झिल्ली पर अनुवेदित होता है)। यह विचार भी प्रस्तुत किया गया था कि पैठन चर्म से होकर होता है (प्रथमतः पैरों के चर्म से होकर)। इसका प्रमाण यह है कि रोग के प्रारंभिक चरण में कुष्ठ के बासिल ऊरुक (जांघों के) वर्धित लसपर्वों में पाये जाते हैं। कुछ केसों में सहवर्ती रोगों, जैसे पैर (गोड़) की कवकता (विशेषकर कादिदक्लेश) को महत्त्व दिया जाता है। क्षत चर्म (जैसे उड़ने वाले रक्त-चोषक कीड़ों के दश-स्थल, गोदना-स्थल, घाव) से भी पैठन की खबरें मिली हैं। इसमें कोई सदेह नहीं है कि कुष्ठ-प्रक्रिया के विकास के रूप आदमी के शरीर के व्यक्तिगत गुणों, इसकी प्रतिरोधिता और सामान्य अवस्था पर निर्भर करते हैं।

विभिन्न वैज्ञानिकों के अनुसार इसका अतर्शयन-काल औसतन चार से छ वर्ष तक निर्धारित किया गया है। लेकिन यह भी विश्वसनीयता के साथ निर्धारित किया गया है कि इसमें दो से तीन महीने भी लग सकते हैं और 10-20 से 50 वर्ष तक भी। इसलिये कुष्ठ प्ररक्षित अतर्शयन-काल द्वारा लक्षित होता है, जिसकी लंबाई बहुत भिन्न हो सकती है।

कुष्ठ बहुत अल्प छुटहा माना जाता है, यह यक्ष्मा से भी कम छुटहा है। वयस्कों की अपेक्षा बच्चों में इसके प्रति कम प्रतिरोधिता होती है और दीर्घकालीन संपर्क की परिस्थितियों में वे इस रोग से अधिकतर और अधिक शीघ्रता से ग्रस्त हो जाते हैं।

रोगपूर्व की अवधि में रोगी अस्वस्थता की शिकायत करता है, उसे तीव्र नर्वशूलीय पीड़ा, अस्थि-संधियों में दर्द, प्रगामी (उत्तरोत्तर बढ़ने वाली) दुर्बलता और जठरांत्र की गड़बड़ियाँ होती हैं। कभी-कभी परिसवेदना, अति-सवेदना और ज्वर भी पायी जाती है। इसी काल में हासेन के वासिल भी नासा-भित्ति की श्लेष्मल झिल्ली पर अनुवेदित हो जाते हैं। इसके बाद रोग के तत्त्विक लक्षण विकसित होते हैं। रूपलोचनी के अनुसार तीन प्रकार का कृष्ठ रोग होता है

कुष्ठ का वर्गीकरण

1. कुष्ठान्वित या दुग्ध, नीच प्रकार
2. गन्धिवन या नदम, मल्ल प्रकार
3. अनिशिचन या अग्निशय प्रकार

कुष्ठार्बिक प्रकार का कुष्ठ

कुष्ठार्बिक प्रकार में पश्चिम अनिशिचन प्रकार के मुश्किल से दिखने वाले ललछौह धब्बे उत्पन्न होते हैं, जिन पर नीली या लोहित आभा होती है। रोग के आरम्भ में इन क्षत्रों पर कोंड सवेदी गडबडिया (उर्व, जलन, स्पर्श आदि की) नहीं होती। धब्बे धीरे-धीरे अतस्यद बन जाते हैं। प्रक्रिया की चपेट में सुचर्म के अतिरिक्त अवचर्म बसा भी आ जाती है और पर्विकाएँ (कुष्ठार्ब) बन जाती हैं। ये अतस्यद और पर्विकाएँ अक्सर हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर, आँखों में ऊपर ललाट पर, गाला और नाक पर उत्पन्न होती हैं। चेहरे का भाव गडबड हो जाता है, चेहरा विकृत और भयावह हो जाता है (सिंह-मुखौटा)।

भौहों के अतस्यदन से इनके पार्श्व लोम स्थायी तौर पर झड़ जाते हैं। चेहरे और हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों के अतिरिक्त अतस्यदन धड़ के कुछ चर्म-क्षेत्रों और आंतर अंगों को भी ग्रस्त कर ले सकता है। धब्बों और अतस्यदों के अतिरिक्त दियासलाह के सिर या मटर के बराबर पर्विकाएँ (कुष्ठार्ब) भी उत्पन्न हो सकती हैं। इनका रंग ललछौह भूरा या ललछौह वैगनी होता है, जो बाद में सहवर्ती रक्तस्रावी घटक के कारण जक जैसी आभा भी ग्रहण कर सकता है। कर्ण-पालि और हाथ-पैर के दग्ध खंडों पर कुष्ठार्ब ललछौह नीले होते हैं। पर्विकाओं की सतह चमकदार और चिकनी होती है, मानो उस पर तेल लेपा गया हो। पर्विकाएँ व्रणित भी हो सकती हैं।

विरचनरत व्रणों की किनारियाँ कठोर होती हैं, कभी-कभी शोफित और विलकुल उभरी हुई होती हैं। इनसे गविल्ल साव होता है, जिसमें असख्य कुष्ठ-बासिल होते हैं। व्रण क्रमशः कर्णाकृत ऊतकों से भर जाते हैं और क्षताकित हो जाते हैं। पर्विकाएँ और अतस्यदन भी व्रणित होते हैं और अपेक्षाकृत विरलत बिना व्रणन के ही अपचोषित हो जाते हैं (ऐसी स्थितियों में छोटे सतही क्षताक रह जाते हैं)। जो व्रण बनते हैं, वे बड़े होते हैं और पेशियों और अस्थियों को भी प्रक्रिया की चपेट में ले लेते हैं। इन स्थितियों में अस्थि-संधियों व छोटी अस्थियों का विनाश और बड़ी-बड़ी विकृतियाँ देखने में आ सकती हैं।

अधिकांश नाक की श्लेष्मल झिल्ली ही रोग-प्रक्रिया से ग्रस्त होती है विशेषकर वह जो विभाजक भित्ति की उपास्थिक भाग को आच्छादित रखती है

रोग के आरम्भ-काल में कुष्ठ के वासिल इसी क्षेत्र की खुरचन में मिलते हैं।

नाक की विभाजक भित्ति की श्लेष्मल झिल्ली की आक्रान्ति ननामी, अतस्यदनो, नासाशोथ और पटलित खड्डियों द्वारा लंछित होती है, जो चिरकालिक कुष्ठजनित नासाशोथ का चित्र प्रस्तुत करती है। नाक की विभाजक भित्ति के उपास्थिक भाग में अतस्यदन का आगे विकास होने पर व्रणन और विनाश संभव है। ऐसी स्थिति में नाक में लछक विकृति उत्पन्न होती है, उसकी नाक थोड़ी ऊपर को उठी होती है।

विसरित अतस्यदन और कुष्ठार्ब जीभ, मृदु व कठोर तालू पर भी अवस्थित हो सकते हैं, जो कठ (हलक) और स्वर-यंत्र की श्लेष्मल झिल्लियों पर फैल जाते हैं। इसके फलस्वरूप स्वर में कर्कशता और यहाँ तक कि स्थायी स्वरहानि (निःशब्दता) भी विकसित हो सकती है—परिकंठद्वार और स्वरयंत्र की श्लेष्मल झिल्लियों के क्षताकन के कारण।

कुष्ठार्बिक प्रकार के कुष्ठ-रोगियों की आंखों में युतिकाशोथ, परितारिकाशोथ, श्वेतपटलशोथ भी पाये जा सकते हैं। कुष्ठार्बिक श्रृंगिकाशोथ की चिकित्सा न करने पर श्रृंगिका के अंतस्यदित, अपारदर्शक और क्षताकित होने के कारण अधापन भी विकसित हो सकता है।

लसपर्व (विशेषकर जाघ और जघामूल के, विरलतः गरदन के, कनपटी के, अवकाक्षिक और काक्षिक) बड़े हो जाते हैं (घेर के आकार के); उनकी सगचना कठोर-प्रत्यास्थ हो जाती है, उनमें दर्द नहीं होता और वे सुचल (हिलने-डुलने वाले) हो जाते हैं।

नर्वतत्र अक्सर चपेट में आ जाता है। इसमें जो परिवर्तन होते हैं, उन्हें औपचारिकतः दो ग्रुपो में बांटा जा सकता है—पहला केन्द्रीय नर्वतत्र की सामान्य गडबडियों में, जो विभिन्न तीव्रताओं की नर्वक्लेशिक प्रतिक्रियाओं में व्यक्त होती है, कुछ स्थितियों में नर्वक्लेश और मनोक्लेश भी विकसित हो सकते हैं, दूसरे—परिसरीय नर्वतत्र की आक्रान्ति, जिसमें नर्वशोथ और बहुनर्वशोथ विकसित हो जाता है। अधिकांशतः कफोणिक (कोहनी के), कणिक (कान के) और छोटी टगास्थिक नर्व ग्रस्त होते हैं। नर्व मोटे हो जाते हैं और तदनुरूप स्थलो पर परिस्पर्शित हो सकते हैं। केन्द्रीय और मुख्यतः परिसरीय नर्वतत्र की आक्रान्ति से सवेदनतन्त्रीय, कुपोषी और गतिप्रंगक (मोटर) गडबडियाँ उत्पन्न हो सकती हैं।

कुष्ठार्बिक कुष्ठ में सवेदन-तत्र की गडबडियाँ काफी देर में उत्पन्न होती हैं, बनिस्बत कि गठित प्रकार के कुष्ठ में। सवेदी नर्व-सिराओं की आक्रान्ति द्वितीयक प्रकृति की होती है और प्राथमिक रूप से उत्पन्न कोशिकीय द्वारा सपीडन के उत्पन्न होती है पहले स्थायी मर्मभेदी नर्वशूल विकसित

होना है, फिर तटनुरूप चर्मक्षेत्रों पर अतिसवेदना, परिस्वेदना, विकृत संवेदना और शोभ के प्रति अपर्याप्त प्रतिक्रिया होती है (ठंड की जगह गर्मी महसूस होती है और गर्मी की जगह ठंड, अपरिस्थितिज प्रतिवर्त विलंबित हो जाता है)। अतिसवेदना और प्रतिसवेदना का स्थान बाद में अनसवेदना और अनपीड़ा ले लेती है। हाथ पैर के कुछ खंडों में और धड़ में तापीय अनसवेदना और अनपीड़ा के कारण कभी-कभी झुलसन हो जाती है जिसे रोगी महसूस नहीं कर पाता। कुष्ठार्बिक प्रकार के कुष्ठ में स्पर्श-संवेदना की गड़बड़ियाँ विरले ही होती हैं—ये रोग के अगले चरण में होती हैं।

कुपोषी गड़बड़ियों के कारण कुष्ठ के रोगी में वर्णकता से संबंधित गड़बड़ियाँ उत्पन्न होती हैं और तीव्र क्लिष्टताएं उत्पन्न हो जाती हैं, जैसे हाथ-पैर का अपग होना। हाथ और पैर के अस्थि-पंजर अलग होने लगते हैं, नख नष्ट हो जाते हैं और स्पष्ट कुपोषी गड़बड़ियों के रूप में विकृत हो जाते हैं। हस्तपुच्छ (हाथ का कलाई से उगलियों तक का भाग) और गोड़ मुलायम हो जाते हैं और सील मछली या मेढक के पैर की तरह दिखने लगते हैं। कुपोषी गड़बड़ियों के कारण वपाल एव स्वेदजनक ग्रंथियाँ अपसामान्य रूप से काम करने लगती हैं। उनकी अतिक्रिया बाद में अवक्रिया में परिणत हो जाती है और स्वेद व वपा का स्राव बिल्कुल बंद भी हो सकता है, त्वचा शुष्क होकर फटने लगती है। माइनर (Minor) का परीक्षण रोगी में धनात्मक हो जाता है (टिचर आयोडीन लेपे हुए चर्म-क्षेत्र पर स्टार्च लेप कर गर्म शुष्क वात-कक्ष में रखने में वह नीला नहीं होता, क्योंकि स्वेद-ग्रंथियाँ काम नहीं करतीं)।

परिसरीय नर्वतंत्र की क्षति के कारण गति व्यवधानित हो जाती है। आकुंचक तानता हावी रहती है, क्योंकि हस्त-पुच्छ, गोड़, फिर प्रवाहु और टांग की ऋजुकारी पेशियों में अनियमित कुपोषण होता रहता है। हाथ और पैर की उगलियाँ अशत और असमान रूप से आकुंचित (मुड़ी हुई) रहती हैं (चिड़िया के पंजे की तरह हाथ और घोंडे की तरह पैर)। हथेली के पीछे अंतरास्थिक अवकाश विकृत हो जाता है, क्योंकि छोटी पेशियाँ सुखौरीग्रस्त हो जाती हैं। हथेली पर अंगूठे के नीचे की गद्दी (थेनार) और अवथेनार की पेशियाँ भी सुखौरीग्रस्त (कुपोषित) हो जाती हैं, जिससे हथेली चपटी (चौरस) हो जाती है और बदर की हथेली जैसी लगने लगती है।

आख की पेशियों के कुपोषण के कारण आखें अधमुंदी रहती हैं (खरहे की आखें)। ये रोगी आखों को स्वतः स्फूर्त रूप से बंद नहीं कर पाते। चेहरे के नर्वों के ग्रस्त होने के कारण भावों को अभिव्यक्त करने वाली पेशियों का कुपोषण होता है, जिससे चेहरे पर एक उदासी का मुखौटा-सा चढ़ जाता है। ('सन अटॉनी का मुखौटा')



पेशी-कुपोषण (सुखोरी) से उगलियों का अवकुचन

कुष्ठ-रोगी को ऊपर वर्णित सवेदक, गतिप्रेरक तथा कुपोष तीव्रताओं के साथ भिन्न सम्मेलो में हा सकती है। साथ-साथ केंद्र गडबडिया होती है।

कुष्ठार्बिक प्रकार के कुष्ठ में विभिन्न आतर अंग भी यक्लोम, यकृत और प्लीहा वर्धित हो जाते हैं और पहले कठोर हो गडबडियों का तल्पिक चित्र कुष्ठ के लिये विशिष्ट नहीं होता। रचर्म और श्लेष्मल झिल्ली की विशिष्ट क्षति के तल्पिक चित्र बाक्तेगीदर्शन द्वारा निर्धारित होता है, खुरचन निम्न स्थलो से र की विभाजक भित्ति, क्षताकन से प्राप्त ऊतक-रस और बायोप्सी लसपर्वों के भी परीक्षण से गेग-निर्धारण हो सकता है, जो वर्ध

कुष्ठ के नर्वतत्र और आतर अंगों की आक्रांति के अग्रथियों की क्रिया में भी गडबड़ी नजर आती है। यह निम्न लक्ष

ह—समय से पहले बूढ़ा होना (उम्र स बड़ा लगना), स्त्रियों में समय से पूर्व रजोनिवृत्ति, पुरुषों की यौन सक्रियता में घास, यहाँ तक कि नपुंसकता भी। कुछ रागिया में दोतरफे कुष्ठज वृषणशोथ तथा परिवृषणशोथ और इसके बाद उनक कठोरन के फलस्वरूप शुक्राणु निर्जीव हो जाते हैं। इन स्थितियों में स्त्री का बध्यापन पति के वीर्य में शुक्राणुओं की अनुपस्थिति के कारण होता है।

कुष्ठ-पर्विका का ऊतगदलोचन—सुचर्म में योजक ऊतको की परतों के बीच से लेकर पिटिकामय परत तक केशकीय अतर्स्यदन का स्थानीय सचय पाया जाता है। ये अंतर्स्यदन उपकलावत कोशिकाओं, लम्बकोशिकाओं, रेशांकुरों, प्लाज्मा-कोशिकाओं, अल्प मात्रा में ऊतकोशिकाओं और विखोव-दानिएल्सन-निरूपति कुष्ठ कोशिकाओं से बने होते हैं। अंतिम जो कुष्ठार्थिक प्रकार के कुष्ठ के लिये विशेष लक्षक होते हैं, ये बड़ी गोली जैसी कोशिकाएँ हैं, जिनका प्रोटोप्लाज्म हल्का फेन जैसा होता है, नाभिक एक या कई हो सकते हैं। इनमें कुष्ठ के अनेक बासिल और बासिलों के अपघटन-द्रव्य की गोलियाँ सिगार के रूप में व्यवस्थित होती हैं। कुष्ठ के बासिल टूसील-नीलसेन की विधि से सरलतापूर्वक रजित हो जाते हैं और अतर्स्यदो में बहुत बड़ी मात्रा में होते हैं—कोशिकाओं के भीतर भी और बाहर भी, साथ ही लसीय झिरियो और कुम्भिक फाको के बीच भी। योजक ऊतकों के रेशे (कोलाजनी और प्रत्यास्थ) अतर्स्यदन के क्षेत्र में श्लथ (ढीले-ढाले) हो जाते हैं, जगह-जगह खुरचनों जैसी स्थिति दिखने लगती है, लेकिन अंतर्स्यदन और परिचर्म के बीच तथा अतर्स्यदन-केंद्रों के बीच ये रेशे पूर्ववत् बने रहते हैं। स्वेदक ओर वपाल ग्रथिया कुपोषित हो जाती हैं।

निदान में यह महत्त्वपूर्ण है कि पहले चर्म और श्लेष्मल झिल्ली पर रोग की रूपलोचनी अभिव्यक्तियों का ही अध्ययन किया जाये, क्योंकि नर्वनत्र और विशेषकर आंतर अंगों की आक्रांतिया किसी खास प्रकार के कुष्ठ के लिये विशिष्ट (लक्षक) नहीं होती। इसके बाद आक्रांति-केंद्रों की गदोतलोचनी मग्चना और लेप्रोमिन के प्रति शरीर की प्रतिक्रिया (लेप्रोमिन परीक्षण) का अध्ययन करना चाहिए। लेप्रोमिन परीक्षण में प्रवाहु की आकोचनी (भोड़ने वाली) सतह में अतर्चर्म सुई दी जाती है—पिसं हुए कुष्ठार्थिक ऊतक से प्राप्त 0.1 मिलीमीटर लेप्रोमिन की, क्योंकि इन ऊतकों में हैसेन के प्रारम्भिक प्रतिक्रिया के रूप में सुई के बाद 24 से 48 घंटे में रक्तस्फीति और शोफ विकसित होता है। विलंबित धनात्मक प्रतिक्रिया में दो-चार सप्ताह बाद सुई के स्थल पर एक पर्विका बन जाती है, जिसका आकार 1.0-1.5 सेंटीमीटर होता है, पर्विका में व्रणन की प्रवृत्ति होती है। विलंबित धनात्मक प्रतिक्रिया अनुकूल भविष्यवाणी का लक्षण है। लेप्रोमिन के प्रति प्रारम्भिक ओर विशेषकर ~~प्रतिक्रिया~~ प्रतिक्रिया भविष्यवाणी का लक्षण है क्योंकि यह शरीर

की इमूनाजीवलोचनी, रक्षी शक्तियों की अनुजिता और कमजोरी का प्रतिबिंबित करता है।

कुष्ठाविक प्रकार का कुष्ठ ऋणात्मक नेप्रोमिन-परीक्षण तथा नाक की विभाजक दीवार के उपस्थित भाग की श्लेष्मल झिल्ली में विपुल मख्या में हेसेन-वामिलो की प्राप्ति द्वारा लक्षित होता है। गदलोचनी द्रव्य प्लेटिनम की स्पेचुला (छलनी) या पाश से खुरची जाती है और स्लाइड पर लेप उसे ट्रेसील-नील्सेन विधि से रजित करके बनाया जाता है। ऊतक-रस में अनेक बासिल अनुवेदित होते हैं, ऊतक-रस क्षतिग्रस्त क्षेत्र के चर्म को क्षतांकित करके प्राप्त किया जाता है। ये रोगी बहुत ही छुतहे होते हैं।

गठित प्रकार का कुष्ठ

यह कुष्ठ कही अधिक सुदम प्रवाह द्वारा लक्षित होता है। चर्म और परिसरीय नर्वों की आक्रांति हावी रहती है। चर्म-क्षतियां तीक्ष्ण परिसीमित वर्णकहीन श्वित्र जैसी चित्तियों से या चमकीली ललछौंह नीली चित्तियों से लक्षित होती हैं, जिनके मध्य में पीलापन (विवर्णता, फीकापन) होता है। चित्तियों के परिसर में बैंगनी आभा की चौरस और कठोर बहुभुजी पिटिकाओं की विशेष प्रकार की सीमा होती है। पिटिकाएं संगम करके ललछौंह बैंगनी या ललछौंह भूरी चौरस चकतियां बनाती हैं। ये आकार में भिन्न होती हैं और कही-कही क्लयाकार आकृतियां बनाती हैं। इन चकतियों के मध्य में निवर्णकता और कुपोषण का धीरे-धीरे विकास होता है।

प्रारंभिक चरण में पीड़ा और तापक्रम के प्रति संवेदिता और कुछ वाद में स्पर्श की संवेदिता से संबंधित गड़बड़िया गठित कुष्ठ के लिये अत्यंत लक्ष्य विशेषता है। श्वित्रग्रस्त रोगियों में, इसके विपरीत, इस प्रकार की संवेदिताओं को कोई क्षति नहीं पहुंचती। इसके अतिरिक्त, श्वित्र के विपरीत कुष्ठ में तनु 1 1000 हिस्टामीन के 0.1 मिलीलीटर की अंतर्चार्म सुई से वर्णकहीन चित्ति के क्षेत्र में दौरे के गिर्द प्रतिवर्त-रक्तस्फीति संप्रेरित नहीं होती। ग्रस्त परिसरीय नर्व मोटे हो जाते हैं और गुलाब की तरह के सूजन वाले स्थलों पर तनी हुई रस्सियों की तरह परिस्पर्शित होते हैं।

लेकिन गठित कुष्ठ में नर्व के ननो (बड़ी शाखाओं) की आक्रांति ऐसी अभिव्यक्तियां उत्पन्न करती है, जो कुष्ठाविक नर्वशोथ और बहुनर्वशोथ से बहुत हल्की होती है। चर्म के उपागों की आक्रांतिया (वालों का झड़ जाना, ग्रस्त क्षेत्रों में स्वेद-स्राव की गड़बड़िया आदि) इस प्रकार के कुष्ठ के लिये विशिष्ट हैं।

आंतर अंगों और अंतर्चावी ग्रंथियों की आक्रांति अपेक्षाकृत कम होती है

और स्थिति सुदम होती है।

लेप्रोमिन-परीक्षण धनात्मक विलंबित प्रतिक्रिया द्वारा लक्षित होता है।

पिटिका का ऊतगदलोचन—सुचर्म के ऊपरी भाग में मुख्यतः पराकुम्भिक अतर्स्यदन मिलता है, जो लसकोशिकाओं, अल्पसंख्या में ऊतकोशिकाओं व उपकलावत कोशिकाओं और सामान्य मात्रा में रेशाकुरों से बना होता है। अल्प संख्या में बासिलों से युक्त कुष्ठ-कोशिकाएं (ये विशाल प्रकार की कोशिकाएं हैं) बहुत कम होती हैं, या बिल्कुल अनुपस्थित होती हैं। अतर्स्यदन में कुष्ठांतिक कुष्ठ की अपेक्षा कम संख्या में हैसेन-बासिल होते हैं। कभी-कभी तो वे बिल्कुल ही अनुवेदित नहीं होते, फिर भी उग्रता-काल में उनकी संख्या बहुत बढ़ सकती है।

अनिश्चित प्रकार का कुष्ठ

अल्प संख्या में फीके धब्बों की उपस्थिति से, जिनकी सीमाएं अस्पष्ट होती हैं, मापे और परिरखाए भिन्न होती हैं, निदान कठिन हो जाता है। ऐसे रोगियों में हैसेन के बासिलों का अनुवेदन विरले ही होता है। गदोलोचनी चित्र में सामान्य प्रकार के अविशिष्ट अतर्स्यदन दिखते हैं, जो विभिन्न प्रकार के चिरकालिक चर्मक्लेशों में भी मिलते हैं। अतर्स्यदों में कुष्ठ के कोई बासिल नहीं मिलते। इस प्रकार का कुष्ठ कम छुट्टा होता है, रोगी की सामान्य अवस्था अक्सर अच्छी होती है, वह अपने को महसूस भी अच्छा करता है। अनिश्चित प्रकार के कुष्ठ में चर्म के अतिरिक्त परिसरीय नर्वतंत्र भी आक्रांत होता है। इसके विशिष्ट नर्वशोथ में श्वान्न (Schwann) की झिल्ली मोटी हो जाती है, परिनर्व (नर्व-आवरण) में गोल कोशिकाओं का अतर्स्यद संचित हो जाता है और कुछ नर्व-बडलों में कुष्ठ के सायोगिक बासिल भी मिल जाते हैं।

बहुनर्वशाथ का तल्पिक चित्र वसा ही होता है जैसा गठित प्रकार के कुष्ठ में, लेकिन गति-प्रेरण (मोटर), कुपोषण और संवेदनाओं से संबंधित गड़बड़ियां (कुपोषण व्रण, चिड़िया के पजे की तरह हाथ, घोंडे की तरह के पैर का बनना) बहुत तीव्र हो सकती हैं। हैवाना में गृहीत वर्गीकरण से पहले इस प्रकार के कुष्ठ को चित्तीग्रस्त अनसंवेदक या कुष्ठ का नार्विक रूप कहते थे।

अनिश्चित प्रकार के कुष्ठ से ग्रस्त रोगी में लेप्रोमिन की प्रतिक्रिया भिन्न हो सकती है। ऋणात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण वाले रोगी में इस प्रकार का कुष्ठ कुष्ठांतिक प्रकार के संक्रमण कर सकता है। धनात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण अनुकूल भविष्यवाणी का लक्षण है। इस स्थिति में सिर्फ गठित प्रकार के कुष्ठ में संक्रमण संभव है।

मिश्र या दुरुपिया प्रकार का कुष्ठ बच्चों में (मुख्यतः तीन या इससे अधिक उम्र के बच्चों में) अपेक्षाकृत अधिक पाया जाता है। बनिस्बत कि वयस्कों में इसमें

एक साथ विशिष्ट कुष्ठार्बिक एंव गठिवत आर भनिश्चिन प्रकार क कष्ट म मवधित गदलोचनी परिवर्तन प्रेक्षित होते है। इसके आतेरिक्त, बच्चों मे कुष्ठ पार्विक ललामी के रूप मे भी व्यक्त हो सकता है।

विभेदक निदान सीफिलिस और गठिक्लेश के साथ किया जाता है।

चिकित्सा—कुष्ठ-रोगियो की चिकित्सा अभी मुख्यत सुल्फोन (sulphone) दवाओ से ही होती है। इसके अतिरिक्त धिओयूरिया के व्युत्पाद (एथोक्सीडुम) या एथिलमेर्काप्टान के यौगिको (एटीसुल), खाउलमूग्रा (चालमूग्रा) के प्रसाधन (खाउमूग्रा तेल और मुग्नोल) और इजोनिकोटीनिक अम्ल हाइड्राजीड (एथिओनामीड) भी प्रलिखित किये जाते है।

डिआमीनोफेनिलसुल्फोन (DDS) और इसके उत्पाद मुख्य एटीकुष्ठ साधन है।

DDS, आब्लोसुल्फोन और डाप्सोन दो सप्ताह तक दिन में दो बार दिये जाते है (रविचार को छोडकर), एक खुराक 0.05 ग्राम होती है। इसके बाद 6 महीने तक नित्य 0.1 ग्राम की खुराक दो बार दी जाती है।

सुल्फेड्रोन् के 50 प्रतिशत साद्र घोल की अतर्पेशीय सुई सप्ताह मे दो बार दी जाती है; प्रथम सप्ताह मे 0.5 मिलीलीटर, दूसरे सप्ताह मे 1.0 मिलीलीटर, तीसरे सप्ताह में 1.5 मिलीलीटर, चौथे सप्ताह में 2.0 मिलीलीटर, पांचवे सप्ताह मे 2.5 मिलीलीटर और छठे सप्ताह मे 3.0 मिलीलीटर, सातवे और आगे के सप्ताहों मे 3.5 मिलीलीटर। चिकित्सा छः महीनों मे 50 सुइयो से होती है।

हाल मे एक नया एटीकुष्ठ साधन डिउसीफोन सश्लिष्ट किया गया है। मुख्य एटीकुष्ठ दवा DDS की तुलना में इसकी गरलता एक चौथाई है और लंबे समय तक देने पर भी कोई अवांछनीय प्रभाव नही उत्पन्न होते जैसा कि अक्सर सुल्फोनो के उपयोग से होता है। इस नयी दवा का 0.1-0.2 ग्राम दिन मे तीन से पाच बार मुख मार्ग से दिया जाता है या इसके 5 प्रतिशत साद्र घोल का 5 मिलीलीटर नित्य अतर्पेशीय सुई द्वारा दिया जाता है।

सुल्फोन की दवाएं यकृत एंव वृक्क के कार्यो में तीव्र एवं स्थायी गडबडिया होने पर प्रतिसंकेतित है; वे रक्तोत्पादक अंगों, हृत्कुम्भिक तंत्र की अपूर्ति, तीव्र जठरांत्र-रोगो और केंद्रीय नर्वतंत्र के आतरिक रोगों मे भी हानिकर है।

सुल्फोनो के अवांछनीय प्रभाव निम्न हैं—अनपच, सिरदर्द, चक्कर, गरलताजनक चर्मशोथ और कुछ स्थितियो मे अवरगी रक्ताल्पता तथा यकृतशोथ। जब ये विकसित होते हैं, खुराक घटा दी जाती है या कुछ समय के लिये दवा रोक दी जाती है।

तीव्र मृदूतकीय यकृतशोथ में सुल्फोन दवाएं रोक दी जाती है और बिस्तर

म पूर्ण विश्राम, वसा और मसालों पर रोक (आहार में), विटामिन B_{12} और B आस्कोर्बिक तथा नीकोटीनिक अम्ल, ग्लूकोज, अल्कोहल, मेथिओनीन और तीव्र स्थितियों में कोर्टिकोस्टेरॉइड हार्मोन (बच्चे की दैनिक खुराक 1 मिलीग्राम प्रति किलोग्राम) प्रलिखित किये जाते हैं।

अवतीव्र या चिरकालिक यकृतशोध से ग्रस्त कुष्ठ रोगी को सुल्फोन सावधानी के साथ अल्प खुराकों में दिये जाते हैं और यकृत के कार्य का नियमित रूप से परीक्षण किया जाता है। यकृत का कार्य सुधारने वाली औषधियाँ (विटामिन, B_{12} और B_{15} नीकोटीनिक अम्ल, लीपोकेन के साथ मेथिओनीन, ग्लूकोज, खोलोजास, आल्लोखोल आदि) और सही आहार प्रलिखित किया जाता है।

रक्ताल्पता की चिकित्सा लौह प्रसाधनो (हेमोस्टीमूलिन, अवकृत फेरस लेक्टेट आदि), विटामिन B_{12} विटामिन बी-सकुल, आस्कोर्बिक अम्ल, आखडित (अशो में) रक्ताधान आदि से की जाती है।

‘सीबा-1906’ और एथोक्सीडुम—ये थियोयूरिया के व्युत्पाद हैं और सुल्फोनो की तुलना में कम गरलकारी हैं। ‘सीबा 1906’ (थियोकार्बोनीजीड) नित्य एक बार मुखमार्ग से सोमवार से शनिवार तक दिया जाता है—पहले व दूसरे सप्ताह में 0.5 ग्राम, तीसरे से छठे सप्ताह तक 1.0 ग्राम, सातवें से बारहवें सप्ताह तक 2.5 ग्राम और इसके बाद चिकित्सा के अंत तक 2.0 ग्राम। पूरी चिकित्सा 40 सप्ताह चलती है (रविवारों को छोड़कर); इसके बाद महीने का विराम किया जाता है।

एथोक्सीडुम मुखमार्ग से नित्य तीन बार दिया जाता है—प्रथम सप्ताह 0.1 ग्राम की खुराकों में, दूसरे सप्ताह 0.2 ग्राम की और तीसरे सप्ताह से 0.3 ग्राम की खुराकों में। जब दवा अच्छी तरह सहन होने लगती है, तब कुछ रोगियों के लिये 21वें सप्ताह से एक खुराक की मात्रा 0.5 ग्राम तक बढ़ा दी जाती है। चिकित्सा 40 दिन तक चलती है (रविवारों को छोड़कर) और इसके बाद एक महीने का विराम किया जाता है।

एटीसुल (एथिलमेर्काप्टान ग्रुप का एक यौगिक) सुल्फोनो के चिकित्सकीय गुणों में स्पष्ट वृद्धि करता है। 5 ग्राम की खुराक बारी-बारी से बाहो, वक्ष, पेट और पीठ की त्वचा में मली जाती है (सप्ताह में तीन बार), वालों वाले चर्म-क्षेत्र और चेहरे की त्वचा को अछूता रखा जाता है। एटीसुल की जगह 10 प्रतिशत सांद्र सुल्फेट्रो-मलहम भी प्रयुक्त हो सकता है। मलने का काम हर बार 20 मिनट तक चलता है, इसके बाद त्वचा को एक घंटा तक अनावृत छोड़ देते हैं, फिर फुहार में स्नान कराया जाता है। साथ-साथ DDS (या आक्लोसुल्फोन) भी प्रलिखित किया जाता है 100 मिलीग्राम नित्य एक बार (चार सप्ताह तक) अच्छी सहनशीलता

हाने पर इसकी खुराक 200 मिलीग्राम तक बढ़ायी जा सकती है आधा मात्रा सुबह और बाकी शाम को), लेकिन यह काम पाचवे सप्ताह से ही किया जाता है। चिकित्सा छ महीने तक चलती है।

चालमूत्रा के प्रसाधन—इसका तेल और इसके तेल का पृथिल ईथर (मुग़ोल) सुल्फोन-चिकित्सा के दौरान या चिकित्सा के बीच विराम-काल में सहायक साधना की तरह प्रयुक्त होते हैं। चालमूत्रा के प्रसाधन अंतर्चर्म सुई द्वारा सप्ताह में दो बार दिये जाते हैं, पहली बार सुई से 0.5-1.0 मिलीलीटर दी जाती है, फिर प्रत्येक सुई में 1.0 मिलीलीटर बढ़ाते हुए कुल मात्रा 5.0 मिलीलीटर तक पहुंचायी जाती है। इसका दौर कुल 30 सत्र में प्रत्येक सत्र में दस से 100 अंतर्चर्म सुइया दी जाती है (1.0 मिलीलीटर की मात्रा 20 सुइयों में दी जाती है, ताकि त्वचा का क्षेत्र नागरी के छिलके जैसा दिखने लगता है)। सत्रों के बीच एक-एक महीने का विराम रखा जाता है। दवा का सुई द्वारा आधान पहले चर्म के ग्रस्त क्षेत्रों में होता है, फिर उन क्षेत्रों में, जो सामान्य दिखते हैं। जिस क्षेत्र की चिकित्सा की जाती है, वहां फिर सुई कम-से-कम एक महीना बाद ही लगानी चाहिए।

एथिओनामीड आइसोनीकोटिनिक अम्ल का एक प्रसाधन है। इससे चिकित्सा का एक दौर छ महीनों तक चलता है। टिकियां भोजन से एक घंटा पहले ली जाती है और ऊपर से पानी (अक्षारीय) पिया जाता है। पहले नित्य 0.25 ग्राम लिया जाता है, फिर पाच दिनों में खुराक 0.5 ग्राम तक बढ़ायी जाती है (दिन में दो बार आधा-आधा)। यदि दवा अच्छी तरह सहन हो जाती है, तो दैनिक खुराक 0.75 ग्राम तक बढ़ाई जाती है। (दिन में तीन बार 0.25 ग्राम)। यह 11वे दिन से किया जाता है। 50 किलोग्राम भारी रोगियों की और बड़े बच्चों की दैनिक खुराक 0.5 ग्राम से अधिक नहीं होनी चाहिए।

दवा का चुनाव और खुराक की मात्रा हर व्यक्ति के लिये अलग-अलग उसके शारीरिक गुणों के आधार पर होनी चाहिए। ऊपर प्रस्तावित खुराकें (एक, दैनिक और पूरी चिकित्सा के दौर की) बच्चों के लिये हैं। बच्चों के लिये ये खुराकें उम्र और शरीर के भार के अनुसार होनी चाहिए; शरीर की सामान्य अवस्था और प्रतिकारिता, रोग के विकास-चरण और कुष्ठ-प्रक्रिया की प्रकृति को भी ध्यान में रखा जाता है।

चिरकालिक एव अंतरालयुक्त चिकित्सा-विधियों की सलाह दी जाती है। दवा के प्रति अभ्यस्तता को रोकने के लिये उसे बदलते रहते हैं या विभिन्न एंटीकुष्ठ प्रसाधनों का मेल प्रयुक्त करते हैं (दो या अधिक-से-अधिक तीन दवाओं का इस प्रकार प्रयोग होता है कि कुल खुराक ज्यों-की-त्यों रहे। परस्पर सबधित दवाओं को निश्चय ही एक साथ नहीं प्रलिखित करना चाहिए (जैसे सुल्फोन और

DDS, 'सीबा-1906' और ग्थोक्सीडिम को एक साथ देना निरर्थक हैं)।

चिकित्सा की अवधि दवा के प्रति सहनशीलता, रोग के प्रकार और चरण, रोगी की अवस्था आदि घटकों पर निर्भर करती है।

एंटीकुष्ठ चिकित्सा के साथ-साथ सामान्य स्फूर्तिदायक युक्तियों का सकुल ओर विटामिनो से भरपूर पर्याप्त एवं विविध आहार भी प्रयुक्त होता है। हाल में कुष्ठ की चिकित्सा की विशिष्ट दवाओं के साथ-साथ इनकी रासायनिक चिकित्सकीय प्रभाव को बढ़ाने वाले प्रसाधनों का भी सफलतापूर्वक उपयोग हो रहा है। इनमें निम्न नाम आते हैं—4-मेथिलउरासिल (मेथासिल) और पेटोक्सिल। जब भी आवश्यकता होती है, अंगसोजक, करोर्जिक, नेत्रलोचनी और कर्णकठलोचनी सहायता भी दी जाती है, आतर रोगों की चिकित्सा की जाती है।

सफाई और हाइजिन की उचित परिस्थितिया बनाये रखना, रोगी को व्यक्तिगत हाइजिन के नियम समझाना, सही दिनचर्या का पालन करना और यह विश्वास दिलाना की वह पुनः स्वस्थ हो जायेगा, ये सभी बातें अत्यंत महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। अल्कोहलिक पेय वर्जित है।

निरोध—जिस क्षेत्र से रोगी आया है, वहां के सभी निवासियों का परीक्षण करना चाहिए। जो लोग रोगी के संपर्क में लगे समय से थे, उनकी विशेष रूप से जांच होनी चाहिए। इन लोगों और खासकर सगे-संबंधियों का लेप्रोमिन-परीक्षण अवश्य होना चाहिए (पूर्ण तत्पिक परीक्षण और नासा-विभाजक भित्ति की खुरचनो का परीक्षण भी करना चाहिए)। ऋणात्मक लेप्रोमिन-परीक्षण वाले लोगों का सावधानी से परीक्षण करना चाहिए और निरोधक चिकित्सा देनी चाहिए।

यह ध्यान में रखते हुए कि गर्भाशय में स्थित बच्चा मा से कुष्ठ नहीं प्राप्त करता, वह जन्म के बाद मा के संसर्ग से इसे प्राप्त करता है, बच्चे को जन्मोपरात तुरत रोगी मा-बाप से अलग कर देना चाहिए।

जिस इलाके में कुष्ठ-रोगी अनुवेदित होता है, वहां के सभी लोगों को प्रतियक्ष्मा टीका और BCG-टीका (काल्मेट-गेरीन टीका) दी जाती है। सभी ज्ञात रोगियों को एक पृथक्कृत कुष्ठाश्रम में रखना चाहिए, जहां उन्हें कारगर चिकित्सा दी जा सके। एंटीकुष्ठ प्रतिष्ठान से रोगी को छुड़ी देने के सुसंकेत सोवियत सघ के स्वास्थ्य मंत्रालय के विशेष आदेश (28 मई, 1962) में निर्दिष्ट है।

लोगों की जीवन-परिस्थितियों, सामाजिक कल्याण व स्वास्थ्य-सेवा में निरंतर उन्नति विभिन्न रोगों के निरोध में एक महत्वपूर्ण घटक है, जिनमें कुष्ठ भी एक है।

चर्म-यक्ष्मा (चर्म-गठिक्लेश)

सामान्य सूचनाएं

चर्म-यक्ष्मा सभी देशों में पाया जाता है। गठिक (tuberculous) रोग एक विशाल ग्रुप बनाते हैं, जो तत्त्विक व रूपलोचनी विशेषताओं और परिणामों में भिन्न होते हैं। अधिकांश के लिये चिरकालिक एवं पुनरावर्ती प्रवाह विशेष लक्षण है।

हेतुलोचन—यक्ष्मा (गठिक्लेश—tuberculosis) उत्पन्न करने वाले कवकी बाक्तेरियों की खोज रोबर्ट कोख ने 1882 में की थी।

गठिक्लेश उत्पन्न करने वाले कवकी बाक्तेरी या मीकोबाक्तेरी (मीकोबाक्तेरिउम टुबेरकुलोसिस, संक्षेप में मी-यक्ष्मा) बहुरूपी होते हैं, इनके विकासचरण विविध हैं। ये धागे जैसे, छड़ी जैसे (वासिल), गोल और अतर्क्य होते हैं। ये एसिड-फास्ट और ग्राम धनात्मक होते हैं, इनकी लंबाई 2-4 मिक्रोमीटर और चौड़ाई 0.2-0.6 मिक्रोमीटर होती है, इनका कैप्सूल नहीं होता, ये स्पोर नहीं बनाते। मी-यक्ष्मा ट्यूबिर्कुल-नील्सेन की विधि से रंजित होते हैं; ये वातजीवी हैं और विभिन्न माध्यमों में जी सकते हैं। शुष्क (सूख गये) धूक में भी ये कई सप्ताह तक जीवनक्षम रहते हैं। 5 प्रतिशत सांद्र फेनोल-घोल को उतने ही धूक में मिलाने पर वे सिर्फ छ घंटे के बाद ही मरते हैं।

सिर्फ तीन प्रकार के मी-यक्ष्मा आदमी के लिये गंभीर महत्त्व रखते हैं—मानुषी (typus humanis), मवेशिक (गाय-बैल के, typus bovinus) और वातीय (typus avium)। मानुषी मीकोबाक्तेरी चर्म-गठिक्लेश के अधिकांश में सबसे अधिक पाये जाने वाले जीवाणु हैं, मवेशिक अपेक्षाकृत कम अनुवेदित होते हैं (एक चतुर्थांश से पचास केसों में) और वातीय प्रकार के जीवाणु बहुत विरल ही पाये जाते हैं।

गठिक्लेश के अन्य रूपों (क्लोनिक, अस्थीय) की तुलना में चर्म की गठिक क्षतियाँ बहुत विरल हैं। जीवन-परिस्थितियों तथा स्वास्थ्य-शिक्षा की उन्नति और चिकित्सा व निरोध की उपलब्धियों के कारण सोवियत संघ में अब चर्म-गठिक्लेश एक विरल रोग है। यह भी उल्लेखनीय है कि चर्म के प्राथमिक गठिक्लेश (प्राथमिक गठिक कठघ्न और तीव्र वर्जरिक गठिक्लेश) पहले भी विरल थे। चर्म-गठिक्लेश उन्हीं लोगों में विकसित होता है, जिन्हें पहले कभी गठिक्लेश हुआ होता है, या जो शरीर के अन्य अंगों या तंत्रों के गठिक्लेश से ग्रस्त होते हैं।

गंभीरजनन—चर्म की गठिक क्षतियों के विकास की युक्ति का अभी तक पर्याप्त अध्ययन नहीं हुआ है। ऐसी धारणा है कि सामान्य चर्म मी-यक्ष्मा की जीवन-क्रियाओं के लिये अनुकूल माध्यम नहीं है, सिर्फ विशेष परिस्थितियों में ही चर्म की गठिक आक्रांति संभव है। निम्न घटकों को कुछ हद तक महत्त्वपूर्ण माना

जाता है—हार्मोनिक अपक्रिया, नवतंत्र की अवस्था, विटामिन-संतुलन की अवस्था शरीर में जल और खनिजों का विनिमय, कुंभिक गडबडिया (रक्तस्फीति, कुंभिक दीवारों की बौधता और प्रतिरोध में परिवर्तन) आदि। सामाजिक घटक भी महत्वपूर्ण होते हैं—जीवन-स्तर, आहार, हानिकर वृत्तिक घटक आदि। अन्य संप्रेषक घटकों में जलवायवी (जैसे परावैगनी किरणों की कमी), सामान्य पैठी रोग (खसरा, शोण-ज्वर आदि) का नाम लिया जा सकता है, जो शरीर का रक्षी प्रतिकारी बल क्षीण कर देते हैं। इमूनता और परोर्जन की अवस्थाएँ भी चर्म की गठिक क्षतियों के विकास में विशेष भूमिका निभाती हैं। चर्म में योजक-ऊतकीय घटकों की प्रचुरता और उनके विविध रक्षी शरीरलोचनी कार्य चर्म में बाधा डालते हैं। इसीलिये अन्य अंगों में गंठिक्लेश की विभिन्न अभिव्यक्तियों के बावजूद चर्म इससे अछूता रह जाता है।

चर्म-गंठिक्लेश सिर्फ चर्म के विभिन्न शरीरलोचनी कार्यों में गडबडियों के सकुल के फलस्वरूप ही विकसित होता है, जिसके साथ-साथ इमूनता में हास और संवेदीकरण का विकास प्रेक्षित होता है। ऐसी स्थितियों में नियमित निमित्त कारणों की विपालुता और परोर्जक क्षमता बढ़ जाती है। अविशिष्ट इमूनता जितनी ही कमजोर होती है, परोर्जक सक्रियता उतनी ही सक्रिय हो जाती है (यू. स्क्रीफिन)। विशिष्ट संवेदीकरण परा-परोर्जिक सबूतियों और अविशिष्ट परोर्जक प्रभावों द्वारा तीव्र हो उठता है। टुबेरकूलिन के प्रति यक्ष्मा-रोगी की अतिसवेदिता में मी-यक्ष्मा की संवेदीकारी क्षमता सिद्ध होती है। गठिक परोर्जीकरण की सपुष्टि स्थानिक (टुबेरकूलिन की सुई के स्थल पर) प्रतिक्रिया में ही नहीं, वरन् अधिकेद्रों में उग्रता और पूरे शरीर की सामान्य प्रतिक्रिया (ज्वर, अस्वस्थता, कपकपी आदि) से भी होती है।

गदलोचनी क्षेत्र के ऊतकों में निमित्त कारण का अनुवेदन, पोषक माध्यम में मी-यक्ष्मा का पनपना, जलुओं में गदलोचनी द्रव्य के आधान के धनात्मक परिणाम (विशेषकर गीनिया पिग में, जो यक्ष्माकारी वासिलो के प्रति बहुत संवेदी होता है), चर्म में एक गठिवत् संरचना की उपस्थिति, और इन सबके साथ-साथ टुबेरकूलिन-परीक्षण-पिर्के (Pirquet), और मंटो (Mantoux) के परीक्षण के परिणाम चर्मरोग के याक्ष्मिक हेतुलोचन के प्रमाण हैं। चर्म-गठिक्लेश के अनेक केंसों में (विशेषकर इसके प्रकीर्णित रूप में) ये रीतियां ऋणात्मक परिणाम देती हैं। ऐसे केंसों में अधिक व्यापक परीक्षण करना पड़ता है, जिसमें पूर्ण आयुस्-वृत्त (जन्म से सभी रोगों और स्वास्थ्य-अवस्था में इतिहास), माता-पिता के स्वास्थ्य, क्लोम तथा लसतंत्र की अवस्था आदि (चर्म-यक्ष्मा के प्रकीर्णित रूप से ग्रस्त 80 से 100 प्रतिशत बच्चों में क्लोम तथा लसतंत्र आक्रान्त हो जाते हैं) गटिल केंसों के लाभ प्रेक्षण के आधार पर निदान किया जाता है (किस प्रकार की दवा या चिकित्सा से लाभ होता है उसके आधार पर c agno x

चर्म-गठिक्लेश के तत्त्विक रूपों की विविधता अनेक घटकों द्वारा निर्धारित होती है, जिनमें चर्म की इम्यूनोजीवलोचनी प्रतिकारिता एक मुख्य भूमिका निभाती है। रोगी की उम्र का भी एक निश्चित महत्त्व होता है। कंठमाल-चर्मता, वृका और शैवाकवत चर्म-यक्ष्मा अक्सर बचपन और कैशोर्य में विकसित होते हैं, जबकि मसेदार चर्म यक्ष्मा और कठललामी मुख्यतः वयस्कों को ग्रस्त करती है। जलवायवी (अभिनतिक) परिस्थितियां मी-यक्ष्मा की जीवन-क्रिया के अनुकूल भी हो सकती हैं और प्रतिकूल भी। उदाहरणतः, क्रीमिया, काकेशिया और एशिया के निवासी यक्ष्मज वृका से विरले ही ग्रस्त होते हैं।

यक्ष्माकारी बासिल चर्म में वहिर्जनित या अतर्जनित मार्ग में प्रविष्ट हो सकते हैं। प्रथम स्थिति में निमित्त जीवाणु स्वस्थ व्यक्ति के चर्म में अधिचर्म के विदार या निशल्कन के मार्ग से रोगी व्यक्ति या जंतु से, अथवा किसी अन्य वस्तु से सक्रमण कर सकते हैं (जैसे कसाईखाने में)। वैसे, यह पैठनमार्ग विरल है। अतर्जनित पैठन अधिक सामान्य (प्रायिक) है—किसी अन्य अंग (क्लोम, अस्थियो, लसपर्वो आदि) में स्थित गठिक अधिकेंद्र से जीवाणु चर्म में रक्त के सहारे (रक्तजनित मार्ग से) या लसीका के सहारे (लसजनित मार्ग से) पैठन करते हैं। यह पैठन की अपवहनरीति है, जिसे प्रकीर्णित वर्जरिक चर्म-यक्ष्मा, यक्ष्मज वृका का प्रकीर्णित रूप आदि विकसित हो सकता है। निकटवर्ती आक्रांत अंग से सतत प्रसार द्वारा या धूक, मल-मूत्र में उपस्थित मी-यक्ष्मा के स्व-आधान द्वारा भी चर्म में पैठन संभव है, जैसे आत्र-यक्ष्मा से ग्रस्त रोगी के पृष्ठद्वार के गिर्द और क्लोमिक यक्ष्मा के रोगी की मुख-श्लेष्मला पर गठिक प्रक्रियाएं शुरू हो जाती हैं।

चर्म की गठिक आक्रांतियों का कोई पूर्ण और संतोषप्रद वर्गीकरण नहीं है। चर्म-यक्ष्मा के बहुसंख्य रूपों को दो ग्रुपों में बांटा गया है—स्थानाबद्ध (अधिकेंद्रयुक्त) और प्रकीर्णित। सामान्य वृका (यक्ष्मज वृका), कंठमाल-चर्मता (संगलक यक्ष्मा), मसेदार चर्म-यक्ष्मा, व्रणित चर्म यक्ष्मा और बाजिन (Bazin) का रोग (कठललामी) सामान्यतम स्थानाबद्ध रूप हैं। वर्जरिक गठिक्लेश, शैवाकवत चर्म-यक्ष्मा (पुराना नाम—कंठमालकारी शैवाक) और पिटिकामृतिक गठिक्लेश प्रकीर्णित चर्म-यक्ष्मा का ग्रुप बनाते हैं।

स्थानाबद्ध रूप (अधिकेंद्रिक चर्मयक्ष्मा)

सामान्य वृका या वृकीय चर्म गठिक्लेश

यह चर्म-यक्ष्मा का सबसे प्रायिक रूप है। यह चिरकालिक, मंद तथा प्रगामी प्रवाह और ऊतकगलन की प्रवृत्ति द्वारा लक्षित होता है। रोग अक्सर बचपन में शुरू होता

तक (कभी-कभी तो जीवनभर) बना रहता है। पिछले समय
। इसकी प्रायिकता बढ़ने लगी है।

(या सामान्य) बृका अक्सर चेहर पर, विशेषकर नाक पर (8
में), गालों, ऊपरी चोंठों और कभी-कभी गरदन, धड़ तथा हाथ-पै
हाता है, अक्सर यह श्लेष्मल झिल्लियों पर भी विकसित हो जा
। प्रतिशत रोगियों में)।

। से संबंधित कृतियों में निम्न आकड़े मिलते हैं—सामान्य बृका के
त रोगियों को क्लोमिक यक्ष्मा रहता है, 5 से 20 प्रतिशत व
अस्थि-संधियों का यक्ष्मा रहता है। चर्म मुख्यतः रक्तजनित र
र्ण से आक्रांत होता है। प्रक्रिया अक्सर चोटज क्षति (कटने-फटने)
हे, जिसमें अव्यक्त पैठन सक्रिय हो उठता है।



रंग का आरम्भ वृकाबो की उत्पत्ति से होता है। ये पिन काँसर से लेकर मटर के दान के आकार की पिटिकाएँ होती हैं। इनका रंग भूरा-लालछौह होता है जिस पर विभिन्न तीव्रता की पीली-भूरी आभाएँ होती हैं। वे मुलायम पेस्ट की तरह होती हैं, उनकी सतह चिकनी और हल्की चमकदार होती है। जिस पर बाद में शल्कन शुरू हो जाते हैं। वृकार्ब अक्सर गुपो में स्फुटित होते हैं, जो शुरू में अलग-अलग होते हैं, फिर बाद में मिल जाते हैं; उनके परिसर में हमेशा अतिरिक्तल क्षेत्र दिखाई देता है। चूँकि प्रत्यास्थ एवं योजक ऊतकों की मृत्यु के कारण पिटिका में पेस्ट जैसा मुलायम द्रव्य होता है, इसलिये धुँडीनुमा छोर वाली सीक (नुकीली नहीं) से दवाने पर वह पूरी गहराई तक गड़्ढा बना देती है (पोस्पेलोव का लक्षण)। एक अन्य लक्षण भी है, जिसका निदान के लिये कुछ कम महत्त्व नहीं है (डायस्कोपी)—जब काँच के पतले पट्टे को वृका के अधिकेंद्र पर दबाया जाता है, रक्त विस्फारित केशिकाओं से निकलकर दूर हो जाता है और वहाँ का ऊतक विवर्ण हो जाता है, जिसके फलस्वरूप वृकार्ब मोम-सदृश पीले-भूरे धब्बे की तरह दिखने लगता है। भूरा रंग सेव की जेली जैसा लगता है, इसलिये इस लक्षण को 'सेव-जेली की संवृत्ति' का नाम दिया गया है।

पिटिकाएँ धीरे-धीरे बढ़ती हैं, सगम करके अनियमित आकृति के धब्बे बना लेती हैं, जिसमें गुल्म जैसे अधिकेंद्र होते हैं। बड़े व्रण अतस्पर्द के नष्ट होने से बनते हैं। सामान्य वृका के 4 प्रतिशत केस कटकोशिकीय या आधार-कोशिकीय कर्कार्ब से क्लिष्ट हो जाते हैं। वृकीय अतस्पर्दों के शुष्क अपचोषण से कुपोषी दाग रह जाते हैं। वृकार्ब के स्थल पर बनने वाले दाग चौरस, श्वेताभ और देखने में सिगरेटी कागज जैसे होते हैं। वृकीय क्षतियाँ कुपोषी दाग के स्थल पर दुवारा भी उत्पन्न हो सकती हैं (गदोचीनक चिह्न)। सामान्य वृका के कई तल्पिक रूप हैं, जो पर्विकाओं के बाह्य रूप, किन्हीं विकास-चरणों के प्राबल्य और रोग-प्रक्रिया के प्रवाह द्वारा विभेदित होते हैं।

ऊपर वर्णित मुख्य रूप को चौरस वृका कहते हैं, जिसके दो भेद हैं—चौरस चिर्त्तानुमा वृका और चौरस गठिक वृका। प्रथम में वृकार्ब त्वचा से ऊपर उभरे हुए नहीं होते, दूसरे रूप में वृकार्ब त्वचा से ऊपर उभरकर गाँठों की तरह मोटे (और परिसीमित) धब्बे बना लेते हैं।

गुल्मवत वृका ऐसी अवस्था है, जिसमें गुल्म जैसी मुलायम क्षतियाँ उत्पन्न होती हैं; दरअसल ये नन्हीं, परस्पर संलीन पर्विकाओं का जमघट होती हैं। ये कान और नाक की नोक पर स्थित होती हैं और इनमें व्रण्य अपघटन की प्रवृत्ति होती है।

ललामीवत सामान्य वृका प्रचट अतिरिक्तल अधिकेंद्रों और स्पष्ट अतिशृंगनना

द्वारा लक्षित हाता है।

शल्की वृका में शृंगी परत ढीली हो जाती है और वृकीय अधिकेंद्र पर स्पष्ट शल्कन शुरू हो जाता है।

अतिकुपोषी मसेदार वृका में वृकाबों पर कीलक जैसे बड़े-बड़े अतिशृंगिक प्रवर्ध बन जाते हैं।

विव्रणित वृका अधिकेंद्र के विस्तृत व्रणन द्वारा लक्षित होता है। व्रण सतही होते हैं और उनकी परिरेखाएं अनियमित एवं शुक्तिक होती हैं। किनारिया मुलायम और सुरगित होती हैं और तली गंदे-भूरे कीलक जैसे कणीकरण से ढकी होती है और सरलतापूर्वक रक्त-साव करने लगती है।

कुछ केसों में गहराई पर स्थित ऊतक (उपास्थिया, अस्थियां, संधिया) भी विनाशकारी व्रणन की चपेट में आ जाते हैं। इससे विकलागता, रेशेदार व गुल्मवत क्षताक, नाक, कान, पलक, उगलियों और हाथ-पैर के आकार में विकृति उत्पन्न होती है (विकलागकारी वृका)। नाक की विभाजक भित्ति और उपास्थि के नष्ट होने से वह चिड़िया की चोंच जैसी छोटी और नुकीली हो जाती है। पलकों का उलटना (विवर्तन), मुंह का सकरा होना, कर्ण-पालिका और कर्ण-कुहर की विकृति भी पायी जाती है। इन सबसे रोगी बदशक्ल हो जाता है।

श्लेष्मल वृकीय गठिक्लेश नाक और मुह की श्लेष्मलाओं की आक्रांति है, जो कभी-कभी असंपृक्त भी होती है। मुंह में मसूढ़ों और कठोर तालू की श्लेष्मल झिल्लियां रोग-प्रक्रिया के प्रिय स्थल हैं। शुरू में बाजरे के दाने जैसी नन्ही नीलाभ लाल गठिकाएँ उत्पन्न होती हैं; ये इतनी पास-पास होती हैं कि ग्रस्त क्षेत्र की सतह दानेदार दिखने लगती है। उनमें निरंतर चोट आदि लगते रहने से वे व्रणित होने लगती हैं। व्रणों की सीमा अनियमित शुक्तिक (सीप की सीमारेखा जैसी) होती है और तली कणदार (दानेदार) होती है। इनसे सरलतापूर्वक रक्त रिसने लगता है और ये एक पीली झिल्ली से आच्छादित होते हैं। व्रणों के गिर्द चढ़ाकड़ा गठिकाएँ भी नजर आती हैं। प्रक्रिया वर्षों तक चलती रहती है, बहुत धीरे-धीरे आगे बढ़ती है और इसके साथ-साथ लसप्रथिशोथ व श्लीपद भी शुरू हो जाते हैं। जब क्षतिया त्वचा पर भी पायी जाती हैं, तब निदान सरल हो जाता है। नासा-श्लेष्मला की आक्रांति गहरे नीले रंग के मुलायम पर्विकीय अंतर्स्यदन द्वारा लक्षित होती है, जो सरलतापूर्वक रक्त रिसाने वाले व्रण बनाते हुए अपघटित हो जाता है। उपास्थि के नष्ट हो जाने के कारण नाक पर एक आरपार छेद बन जाता है। चेहरे के चर्म में सामान्य वृका की आक्रांति से पूर्व नासा-श्लेष्मला में क्षति उत्पन्न होती है।

अन्य रूप भी वर्णित किये गये हैं बुसनरूपी सामान्य वृका जिसमें शृंगन प्रक्रिया में गडबडी के कारण हल्का शल्कन होने लगता है खर्जुरूपी वृका

जिसमें शल्को पर चादी की तरह चमकीली आभा होती है विसर्पी सामान्य वृका जिसमें केंद्रस्थ वृकार्ब जब कुपोषी क्षताक बनाता हुआ अपचोषित हो जाना ह परिसर पर (और पुराने वृकार्ब की जगह भी) नये वृकार्ब उत्पन्न होने लगते हैं। इन स्थितियों में अधिकेंद्रो को परिरंखाए विव्कुल भिन्न प्रकार की हो जाती है। सामान्य वृका के अन्य रूप भी हैं, जैसे—अपशल्की, प्रस्तरवत, खड़ीवत।

सामान्य वृका अक्सर निम्न रोगों से क्लिष्ट हो जाता है—चर्मशोण से (नाक, होठ, पैर के रोगग्रस्त चर्म-क्षेत्र पर), लसकुभीशोथ से, एक पूयकारी प्रक्रिया से (इंपेतिंग वृका) और चर्मकर्कार्ब (कर्कार्बी वृका) से, जो विशेष खतरनाक होता है, यह कुपोषी वृकीय क्षताओं के परिप्रेक्ष्य से विकसित होता है। कर्कार्बी वृका अधिकांशतः उन लोगों के चेहरे के चर्म पर होता है, जो बहुत लंबी अवधि से सामान्य वृका की चपेट में रहते हैं।

ऊतगदलोचन—सुचर्म में गठिकाए उत्पन्न होती है, जो उपकलीय एवं विशाल कोशिकाओं से बनी होती हैं और लसकोशिकाओं के एक क्षेत्र में घिरी रहती हैं। लांगहान्स (Langhans) की विशाल कोशिकाएं गठिका के मध्य में होती हैं। परिसरीय क्षेत्र में लसकोशिकाओं के अतिरिक्त प्लाज्मा-कोशिकाएं भी बहुत बड़ी संख्या में उपस्थित रहती हैं। गठिकाओं में पनीर-सदृश विभूति नहीं होती, या बहुत कम होती है। यत्र-तत्र ऐसी भी कुभियां मिलती हैं, जिनका आवरण बदल चुका होता है और यहां तक कि छेद (भीतरी मार्ग) भी अवरुद्ध रहता है। मी-यक्ष्मा मुश्किल से मिलते हैं और बहुत ही कम संख्या में होते हैं। कभी-कभी विशाल कोशिकाओं से युक्त विसरित लसवत अंतर्स्यदन का पता चलता है; उसमें कोलाजनी प्रत्यास्थ ऊतक नहीं होते। अधिचर्म में परिवर्तनों की प्रकृति द्वितीयक होती है—अतिशृंगनता, कटलयक्लेश और पिटिकार्बक्लेश (मसेदार वृका में)। वृकीय व्रणों की किनारियों पर अधिचर्म स्पष्ट कटलयन की अवस्था में होता है। वृकीय अतर्स्यदन कभी-कभी क्षताओं के क्षेत्र में बचा रह जाता है, जिससे क्षतांकित ऊतक पर वृकार्ब का पुनरावर्तन हो जाता है।

निदान निम्न पर आधारित होता है—रोग के तल्पक लक्षणों, वृकार्बों के लच्छक गुण ('सेब की जेली' और पोस्पेलोव के लक्षण), उनके स्थान, प्रक्रिया के प्रवाह, क्षताओं की प्रकृति।

विभेदक निदान गठिकीय सीफलिस, कुष्ठ व लेइशमैनता के गठिवत रूपों, अशुकवकता, ललामक्लेशिक वृका के डिस्कवत (डिस्कोइड, चकतीनुमा) रूप के साथ किया जाता है। गठिकीय सीफलिस में गठिकाएं कठोर होती हैं, अधिकेंद्रो के रूप में व्यवस्थित रहती हैं, उनमें सगम की प्रवृत्ति नहीं होती। अन्य बातें—डायस्कोपी और पोस्पेलोव लक्षण ज्ञात करने के परिणाम ————— होते हैं गठिकाओं के

अपचोषण के बाद क्षताओं की मोजेक जैसी सज्जा बन जाती है (अनियमित तलाकृतियों और असमरूप वर्णकता के कारण), अपचोषण के बाद नयी गठिकाएँ नहीं बनती, प्रक्रिया का प्रवाह अपेक्षाकृत तीव्र होता है (कुछक सप्ताह से कुछेक महीनों में, लेकिन वर्षों तक कभी नहीं चलती); कुछ केसों में सीरमलोचनी परीक्षण के धनात्मक परिणाम। कुष्ठ के गठिवत् रूप की निम्न विशेषताएँ हैं—ग्रस्त चर्म-क्षेत्र से पीड़ा एवं तापक्रम की संवेदना का लोप, क्षतियों की बहुरूपता (चिन्तीनुमा, पिटिकीय, गठिकीय क्षतियाँ); पिटिकाओं व गठिकाओं की कठोर बनावट तथा जकाह भूरी आभा, चर्म में पोषण संबंधी विस्तृत गड़बड़ियाँ, वृकार्ब के ऊतक-द्रव के सूक्ष्मदर्शन से हासेन के बासिलों का अनुवेदन। चर्म-लेइशमैनता के गठिवत् रूप के निदान में महत्त्वपूर्ण वाते निम्न हैं—आयुर-वृत्त (जैसे रोगी का बहुमारी-क्षेत्र में रह चुकना), लेइशमैनार्ब के स्वस्थ होने पर क्षताओं के गिर्द गठिकाओं का अवस्थित होना; लेइशमैनार्ब के गिर्द मोती जैसे स्थूलन के रूप में लसकुंभीशोथ का विकास, खुले चर्म-क्षेत्रों पर गठिकाओं की स्थिति, गठिकाओं का शीघ्र प्रचुर पूयस्राव के साथ वर्णन, निमित्त जीवाणु का अनुवेदन। अंशुकवकता में गठिकीय क्षतियाँ विरल हैं, वे कठोर होती हैं, उनमें परस्पर संगम की प्रवृत्ति होती है। नासूरों के मुँह कठोर अतर्प्यदन से घिरे होते हैं। द्रव पूय में पीले पनीर जैसे दाने दिखाई देते हैं (आक्तीनोमीत के इजेन)। सामान्य वृका के कुछ रूप (जो नाक व गालों पर स्थित होते हैं और शल्कन व अतिशृंगनता से लक्षित होते हैं) ललामक्लेशिक वृका से मिलते-जुलते हो सकते हैं। कुछ केसों में वियोप्सी (बायोप्सी) तथा ऊतलोचनी परीक्षण की सहायता लेनी पड़ती है।

चिकित्सा—विटामिन D₂ (दैनिक खुराक 30000-50000-100000U) और फ्थीवाजिड या इजोनिआजिड (0.3-0.5 ग्राम दिन में तीन बार, कुल खुराक 100-2000 ग्राम) मुखमार्ग से दिया जाता है। स्ट्रेप्टोमीसिन की सुइयाँ (दैनिक खुराक 0.5-1.0 ग्राम) की कुल खुराक 100 ग्राम प्रलिखित की जाती है। ये दवाएँ उपचारकर्ता की सतत निगरानी में दी जाती हैं, क्योंकि इनसे अवांछनीय प्रभावों एवं क्लिष्टताओं के उत्पन्न होने का खतरा रहता है। PAS तथा अन्य एंटी-गठिक्लेशिक दवाएँ कम असरदार होती हैं। एक्स-रे से विकिरणन वृका के गुल्मिक, पिटिकाबी, मसैदार एवं द्रणीय रूप से और श्लेष्मल झिल्लियों के तीव्र अतर्प्यदन में सुसंकेतित है। प्रकार-चिकित्सा (धूप या कार्बन-आर्क से युक्त लैंप के प्रकाश का सेवन) बहुत कारगर होती है, लेकिन उन्हीं लोगों के लिये प्रयुक्त हो सकती है, जिनके क्लोम (फुफ्फुस; फेफड़े) में गठिक्लेशिक प्रक्रिया सक्रिय नहीं होती है। नमकहीन आहार सुसंकेतित है।

बाह्य चिकित्सा का उद्देश्य है ~~उत्तको को नष्ट कर देना~~ उत्तको को नष्ट कर देना। इसके

लिये 10 20 50 प्रतिशत सांद्र पीरोगालोल-मलहम 3 प्रतिशत सांद्र आसोनक-पेस्ट 30 प्रतिशत सांद्र रेजोसिनोल पेस्ट और द्रव नाइट्रोजन आदि का उपयोग होता है श्लेष्मला पर स्थित वृकाब को लैक्टिक अम्ल के 50 प्रतिशत सांद्र घोल द्वारा या पिओसिड द्वारा जला देते हैं। सीमित आक्रांति होने पर कभी-कभी अधिकेंद्र को करोर्जिक विधि से दूर करके एक्स-रे से चिकित्सा करने का निर्देश दिया जा सकता है। कुटाली कैंसो में उपर्युक्त दवाओं तथा चिकित्सा रीतियों का मेल भी सुसंकेतित है। ऐसे रोगियों का इलाज और परीक्षण नियमित रूप से होना चाहिए।

भविष्यवाणी—सामान्य वृका लंबे समय तक बना रहता है। कुछ कैंसो में आक्रांति-केंद्रों में विकास की कोई प्रवृत्ति नहीं होती, चिकित्सा नहीं करने पर भी वे वर्षों तक ज्यो-कैन्थों बने रह सकते हैं। अन्य कैंसों में गदलोचनी प्रक्रिया नये-नये चर्म को ग्रस्त करते हुए बहुत मद गति से प्रसारित होती है। ऐसा प्रसार सहवर्ती रोगों, प्रतिकूल जीवन-परिस्थितियों तथा अन्य घटकों से प्रोत्साहित होता है, जो शरीर के रक्षी बल को और उसकी प्रतिकारिता को क्षीण करते रहते हैं। यथासमय उठाये गये आवश्यक कटमो, विवेकसंगत चिकित्सा, कैलोरी-समृद्ध आहार और उचित देखभाल से रोगी सामान्य जीवन में और काम पर लौट सकता है।

कठमाल-चर्मता या संगलक चर्म-यक्ष्मा

कठमाल-चर्मता चर्म-यक्ष्मा का बहुत ही सामान्य रूप है और लगभग सिर्फ बचपन और कैशोर्य में होता है। इसके दो रूप हैं—प्राथमिक कठमाल-चर्मता, जिसमें क्षति किसी निश्चित चर्म-क्षेत्र में बनती है (रक्त द्वारा वहां यक्ष्माकारी बासिलों के पहुंचने से, ये अक्सर एकल एवं अलग-अलग आक्रांतियां होती हैं), और द्वितीयक कठमाल-चर्मता (जो अधिक प्रायिक है); दूसरे रूप में पैठन यक्ष्माग्रस्त लसपर्वों से (और अपेक्षाकृत कम कैंसो में अस्थियो तथा अस्थि-संधियों से) सतत प्रसार द्वारा फैलता है।

रोग चर्म का अवचार्म वसा में अपेक्षाकृत कठोर, अडाकार व गहराई पर बैठी गठिकाओं द्वारा लंछित होता है। वे बैंगनी-लाल, पीड़ाहीन और हल्की-सी कोमल होती हैं। गठिकाएं बाद में मुलायम हो जाती हैं और आपस में संगम करने लगती हैं, गठिकाओं का मुलायम जमघट बना लेती हैं, गलने लगती हैं, फिर विद्रधियों में परिणत हो जाती हैं, जिनमें नासूर और व्रण विरचित होने लगते हैं। व्रण सतही होते हैं, इनकी आकृति अनियमित होती है, किनारियां मुलायम, चिकनी, नीली ओर सुरंगित होती हैं। वे दानो से तथा पनीरी अपघटन की टूटनों से आच्छादित होते हैं। जब व्रण ठीक हो जाता है, विशेष प्रकार से ऐंठे हुए, अनियमित (आकृति

कें) सेतु-सदृश दाग रह जाते हैं, जिन पर बड़े लोम हांते हैं। ये शरीर को कुरूप करते हैं। कठमाल-चर्मता के प्रिय स्थल निम्न हैं—गले की पार्श्व सतहें, अवजंभी एवं अधिजंभी (जबड़े के नीचे व ऊपर के) क्षेत्र, कर्णशिख के गिर्द, अवजत्रुक एवं अधिजत्रुक (हसुली के नीचे व ऊपर के) क्षेत्र और अस्थि-सधियों के गिर्द चर्म-क्षेत्र। कठमाल-चर्मता अक्सर अस्थियों, सधियों आंखों और क्लोमो के गठिक्लेश तथा चर्म-यक्ष्मा के अन्य रूपों (सामान्य वृका, मसेदार गठिक्लेश) के साथ-साथ ही होती है।

ऊतगदलोचन—पनीरी (छेने जैसा) अपघटन और बहुसंख्य लसकोशिकाएँ गठिका के मध्य भाग में पायी जाती हैं। विमृत क्षेत्र अंतर्सर्दन से घिरा होता है, जो लसकोशिकाओं, प्लाज्मा-कांशिकाओं से बनता है। अंतर्सर्दन के क्षेत्र में नवसर्जित रक्त और लसकुभिया अवरुद्ध अवस्था में होती है (उस अंतर्सर्दन के क्षेत्र में, जिसका अभी अपघटन नहीं हुआ है)। मी-यक्ष्मा गदलोचनी प्रसाधनों में कहीं अधिक प्रायिक रूप से मिलते हैं, बनिस्वत कि सामान्य वृका में।

निदान—कठमाल-चर्मता का निदान तल्पिक लक्षणों और पिर्के-परीक्षण पर आधारित होता है (परीक्षण का परिणाम सुदम प्रक्रिया वाले बड़े बच्चों में तीव्र धनात्मक होता है, लेकिन छोटे बच्चों में विरोधाभासी होता है)। रोग-वृत्त, तल्पिक, एक्स-रे तथा ऊतलोचनी परीक्षण भी ध्यान में रखे जाते हैं।

विभेदक निदान मुख्यतः सीफिलिसी रालार्ब, अशुकवकता के रालार्बिक पर्विकीय रूप, चिरकालिक व्रणित चर्मपूयता और बाजिन-रोग के साथ किया जाता है। सीफिलिसी रालार्ब में सिर्फ केंद्रीय अपघटन होता है और वहां क्रेटर जैसा व्रण बन जाता है, जो कठोर अंतर्सर्दन की एक परिमा (rim) से घिरा होता है, सीरमलोचनी परीक्षण का परिणाम अक्सर धनात्मक होता है और बिओक्वीनोल से आजमाइशी चिकित्सा करने पर रालार्ब अपचोषित हो जाता है। रालार्बिक-पर्विकीय अशुकवकता (गरदन पर या अवजंभी क्षेत्र पर) अपेक्षाकृत कठोर, वृहत्, अर्ध गोलाकार पर्वों के विरचन द्वारा लक्षित होती है। वे एक अंतर्सर्द के रूप में सगम कर जाते हैं, जो काठ की तरह कठोर होता है; इसके केंद्र में नासूर के मुहाने के साथ-साथ मुलायमिद्यत विकसित होती है। इसमें से पीले पनीरी दानों (ड्रूजेन) से मिश्रित पूय स्रावित होता है।

चिरकालिक व्रणित चर्मपूयता नियमतः वयस्कों को होती है और बहुरूप सतही व गहरे चर्मपूयसों द्वारा लक्षित होती है, जिनमें लसपर्वों के पड़ोस में (निकट) विरचित होने की कोई प्रवृत्ति नहीं होती; व्रण के गिर्द शोथी प्रतिक्रिया होती है बाजिन-रोग को से तभी विभेदित करना पड़ता है जब वह पिंडलियों पर स्थित होता है बाजिन की में क्षतियाँ सम्मिलित रूप से

व्यवस्थित होती हैं पर्वकाए उमरी हुई नहीं होती। सिर्फ चारस विसारत अतस्यदन होता है। व्रणन की कम प्रवृत्ति होती है। यह रोग विशेषकर लडकियों को यौन-परिपक्वता की अवधि में होता है।

चिकित्सा—निम्न दवाएँ प्रलिखित होती हैं—**प्थीवाजीड** (कुल खुराक 100-200 ग्राम) तथा **इजोनीकोटिनिक अम्ल हिड्राजीड** (हाइड्राजाइड) के अन्य प्रसाधन (इजोनिफाजिड, सालूजिड) दैनिक खुराक 0.75-1.0 ग्राम, **स्ट्रेप्टोमीसिन** नित्य 1.0 ग्राम (कुल खुराक 100 ग्राम तक), **सोडियम-पैरा अमीनोसालीसीलेट** (सोडियम-PAS, 'बेपास') नित्य 8.0-12.0 ग्राम (कुल खुराक 600-800 ग्राम), **फीटिन** और **फोस्फ्रेन**। सूर्य-चिकित्सा और परावैगनी विकिरण भी कारगर उपाय है। कुछ केसों में करोर्जन की सहायता ली जाती है। बाह्य चिकित्सा में निम्न प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं—**एथोक्सीडिआमिनोआक्रीडीन लैक्टेट** और **पोटाशियम परमैंगनेट** के लोशन, 10 प्रतिशत सांद्र **आयोडोफोर्म-इमल्शन** नासूर में सुई द्वारा आधानित होता है।

भविष्यवाणी—रोग का चिरकालिक प्रवाह महीनों और वर्षों तक चलता रहता है, बीच-बीच में कभी-कभी कुछ समय के लिए उपशमित भी होता है। हल्के केस आधुनिक रीतियों से सफलतापूर्वक ठीक हो जाते हैं। व्रणन-प्रक्रिया के बहुत आगे बढ़ जाने पर भविष्यवाणी कम अनुकूल होती है।

मसेदार चर्म-यक्ष्मा

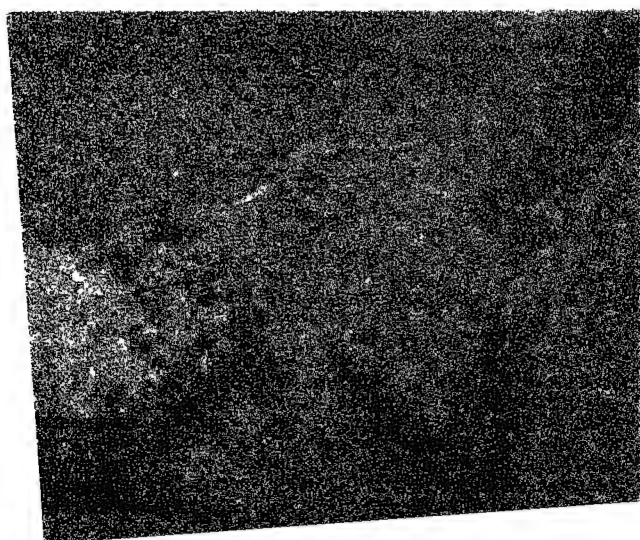
रोग अधिकांशतः वयस्को को होता है और उनमें भी ज्यादातर पुरुषों को। लेकिन रोगियों की कुल संख्या सामान्य वृक्का के रोगियों की संख्या से आधी होती है। मसेदार यक्ष्मा ज्यादातर उन लोगों को होता है, जो आदमी और जंतु के मृत अंगों में उपस्थित गठिक्लेशिक द्रव्य के संपर्क में अपनी वृत्ति (जीविका) के कारण आते हैं (जैसे जंतु-करोर्जक, गदलोचक, कसाई, बूचड़खाने के कर्मी आदि को)। वे लोग भी अक्सर ग्रस्त हो जाते हैं, जिन्हें यक्ष्मा के सक्रिय रूप से पीड़ित लोगों की देखभाल करनी पड़ती है (जैसे आयुर-कर्मी)। इन स्थितियों में रोग अतिपैठन के फलस्वरूप उत्पन्न होता है। क्लोम, आंत आदि के यक्ष्मा के खुले रूपों से ग्रस्त रोगियों में मसेदार यक्ष्मा स्व-आधान के फलस्वरूप विकसित हो जाता है।

क्षतियाँ अक्सर हथेली के पीछे और उगलियों पर स्थानाबद्ध होती हैं, गोड पर अपेक्षाकृत विरले ही होती हैं। पहले मटर के दाने जितने बड़ी, कठोर, नीली-लाल गठिका उत्पन्न होती हैं (श्वर्गठिक)। यह एक चौरस कठोर पैद मे परिणत होता जाता है जिसकी सतह पर मसे बनते हैं और बड़ी-बड़ी शृंगी परते बैठती हैं। मसेदार यक्ष्मा के विकसित अधिकेंद्र में तीन कटिबंध होते हैं। परिसरीय

मध्य (कठोर कोलक-सदृश उभार, विदार तथा खड्डिया) और ठिकीय सतह में युक्त कुपोषित चर्म-क्षेत्र)। अपचोषण के क्रित होते हैं। क्षेत्रीय लसकुभिया और लसयव भी अक्सर आ जाते हैं। जब (मांस) कीलक जैसी विरचना को दबाया तर्फ से पूय की बूटें निकल आती हैं, यह उप-अधिचर्म सूक्ष्म मुख्य अधिकेंद्र के परिसर पर नयी प्रविकाएँ और नये 'पैचद' जो बाद में संगम कर जाते हैं।

चोषण के बाद कुपोषण क्षताक रह जाते हैं; सामान्य वृत्ता के पर नयी क्षतियाँ नहीं उत्पन्न होती हैं। रोगी की सामान्य प्रप्रद होती है। टुबेरकूलिन-परीक्षण के परिणाम 80 से 96 3 धनात्मक होते हैं।

—कटलचक्लेश, अतिशृंगनता और पिटिकावक्लेश पाये जाते हैं वहुरूप-नाभिकीय श्वेतकोशिकाओं और लसकोशिकाओं से तर्स्यदन दिखाई देता है। अधिचर्म की कारल परत में चन्न-तन्न मिलती है। हल्की पनीगी (छेने जैसी) विमृति वाली विशिष्ट चर्म के मध्य भाग में अवस्थित रहती हैं। कुछ कैसों में



अविशिष्ट शोथी अतर्स्यदन भी पाया जाता है। गदलोचनी प्रसाधन में मी-यक्ष्मा अधिक अक्सर और अधिक सख्या में मिलते हैं। बनिस्बत कि सामान्य वृक्का में

निदान के आधार निम्न हैं—तल्पिक चित्र (अधिकेन्द्र के परिसर पर बैंगनी-लाल सीमा और उसके तीन कटिवधों की उपस्थिति), प्रक्रिया का स्थल, ऊतलोचनी परीक्षणों के परिणाम, टुबेरकूलिन-परीक्षण के धनात्मक परिणाम, गीनिया पिग में ऊतक-द्रव आधान करने के परिणाम। पनपू चर्मपूयता में (इसके विपरीत) स्पष्ट शोथ और प्रचुर पूय-स्राव होता है (जब 'पैबद' को किनारियों पर दबाया जाता है)। अकुरी कवकता, वर्णकवकता और स्पोरज लोमक्लेश में मुलायम रिसालु अतर्स्यदन होता है, जिससे विशिष्ट प्रकार का स्राव निकलता है। इन चिरकालिक कवकताओं के निदान की पुष्टि बाक्टेरिओस्कोपी और ऊतलोचनी परीक्षण से हो जाती है। कटकोशिकीय कर्कार्ब प्राकृतिक छिद्रों (मुहानों) के पड़ोस से सम्मिश्रित रूप से अवस्थित होता है और कम समय में ही व्रणित होने लगता है।

चिकित्सा—गठिक्लेशिक (याक्ष्मिक) चर्म-क्षतियों के लिये प्रयुक्त सामान्य चिकित्सा के अतिरिक्त तीक्ष्ण छोलनी से खुरचन, पारतापीय स्कंदन और एक्स-रे-चिकित्सा का भी उपयोग होता है।

भविष्यवाणी—अक्सर अनुकूल होती है, यद्यपि रोग प्ररक्षित चिरकालिक प्रवाह भी ग्रहण कर सकता है।

चर्म और श्लेष्मल झिल्लियों का व्रणित यक्ष्मा

इस रोग को वर्जरिक व्रणित यक्ष्मा भी कहते हैं। अन्य नाम भी हैं—द्वितीयक याक्ष्मिक (गठिक्लेशिक) व्रण, मुहानों का चर्म-गठिक्लेश। चर्म-यक्ष्मा का यह विरल रूप आतर अंगों (क्लोमो, कठ, आत, गुदों) के यक्ष्मा से पीड़ित रोगियों में पाया जाता है और उनमें यह रोग स्व-आधान के सहारे उत्पन्न होता है। क्षतियाँ अक्सर प्राकृतिक छिद्रों (मुहानों) के समीप उत्पन्न होती हैं, जहाँ चर्म सतत रूप से श्लेष्मल झिल्ली में संक्रमण कर जाता है (प्राकृतिक छिद्र है—मुँह, नाक, पृष्ठद्वार, लिंगपूग)। मी-यक्ष्मा रोगी के थूक तथा मूत्र के साथ निकलते हैं और चर्म या श्लेष्मल झिल्लियों में आरोपित हो जाते हैं।

पिन के सिर जैसी छोटी पीताभ-लाल पर्विकाएँ अक्सर अप्रेक्षित रह जाती हैं, क्योंकि वे तेजी से पिपिकाओं में परिणत हो जाती हैं, जो खुलकर संगम कर जाती हैं और बड़े-बड़े व्रण बना लेती हैं। व्रणों की किनारियाँ मुलायम, हल्की लाल, सीप की तरह वक्र (शुक्तिवत्) और सुरंगित होती हैं, तली असमतल दानेदार होती है, कणीकरण अल्प और भूरा होता है। तली से अक्सर रक्त रिसता है और वह अपूर्ण पूय-सीरमी झिल्ली से ढकी रहती है। पीली गठिक्लेशिक गठिकाओं के पनीरी

अपघटन स ब्रण की तली और उसके गिर्द छेने जैस कण जमा हो जाने हैं (ट्रेलाट के कण)। आक्रांति के अधिकेंद्रो के गहरे होने और उनके विसर्पी प्रसारण के लिए जिम्मेदार ये ही कण हैं। ब्रण बहुत ही कामल होते हैं, जिमसे खाना (यदि प्रक्रिया मुह मे अवस्थित है) और मल-विसर्जन (यदि क्षति पृष्ठद्वार के क्षेत्र मे है) कठिन हो जाता है।

वाक्तेरिआंस्कोपिक विश्लेषण मे ढेर सारं मीकोवाक्तेरी मिलते हैं। इन रोगियो मे टूबरकूलिन-परीक्षण ऋणात्मक होता है, क्योंकि इमूनोजनन भयानक रूप से निढाल हो जाता है और अनूर्जिता की अवस्था आ जाती है।

ऊतगदलोचन—ऊतलोचनी चित्र अविशिष्ट शोथी अतर्स्यदन द्वारा लछित होता है, जिसमे मीकोवाक्तेरी अनुवेदित होते हैं।

निदान के आधार निम्न है—तल्पिक चित्र, आतर अंगो मे सक्रिय यक्ष्मा और ट्रेलाट (Trelat) के कणो की उपस्थिति और सूक्ष्मदर्शन से मीकोवाक्तेरियो का अनुवेदन। कुछ स्थितियो मे चर्म के ब्रणित यक्ष्मा को पहचानने में किसी अंग मे यक्ष्मा का ज्ञात होना भी सहायक सिद्ध होता है।

द्वितीयक सीफिलिस के ब्रणित सीफिलड के साथ विभेदक निदान में इसकी क्षतियो की तली और किनारियों की कठोरता, स्नाव मे त्रेपोनेमा पालीडुम के अनुवेदन, द्वितीयक अवधि के अन्य लक्षणो और रक्त के सीरमलोचनी परीक्षण के धनात्मक परिणामो को ध्यान मे रखा जाता है। तृतीयक सीफिलिस की गंठिकाए गहरे ब्रण बनाती हैं, जिनकी आकृति सही गोल होती है, किनारी रिम की तरह कठोर उभरी होती है; ये ब्रण लंछक रूप से पीड़ाहीन होते हैं। सामान्य वृका के ब्रणित रूप मे 'सीक' और 'सेब की जेली' के लक्षण देने वाले लछक वृकार्ब ब्रणित-सतह के परिसर पर उत्पन्न होते हैं। टूबरकूलिन परीक्षण के धनात्मक परिणाम को और इस बात को कि रोगी अपने को काफी अच्छा महसूस करता है, ध्यान में रखना चाहिए। कठब्रण-सदृश ब्रणो के साथ-साथ तीव्र शोथ, प्रचुर पूय-स्नाव, परिसर मे सतान-क्षतियो (daughter lesions) और कठब्रण की गिल्टी की अक्सर उपस्थिति भी प्रेक्षित होती है। प्रयोगशाला के अध्ययन से डुक्रे-उन्ना-पीटर्सन के स्त्रेप्टो-वासिल मिलते हैं। उपकलार्ब के विभेदक लक्षण है—ब्रणो की किनारियो का मोटा होना, ब्रणो के परिसर मे भूराभ 'मोतियो' की उपस्थिति, लसपर्वो मे डिस्क (चकती) की तरह कठोरता।

चिकित्सा—थेरापिक युक्तियों का उद्देश्य है सामान्य यक्ष्मा से सघर्ष। स्थानिक एक्स-रे-चिकित्सा अपनायी जाती है—रोगी को सात दिनों के अतराल पर दो बार 200-250r (रेटगेन) से विकिरणित किया जाता है (चर्म और नाभि या फोकस की दूरी 30 सेटीमीटर वोल्टता 120 किलोवोल्ट धारा की तीव्रता 3 फिल्टर 3 मिलीमीटर अलुमीनियम का ब्रणो को पहले पिओसिड से

संसाधित करने के बाद 50 प्रतिशत सांद्र लोक्तक अम्ल से दागा (जल्दाया) भी जा सकता है कभी-कभी क्षतियों को करोजिक विधियों से भी दूर किया जा सकता है।

भविष्यवाणी आंतर अर्गों के यक्ष्मा के प्रवाह पर निर्भर करती है। सामान्य यक्ष्मा की चिकित्सा में सफलता मिलने के साथ-साथ अब व्रणित यक्ष्मा की भविष्यवाणी में भी सुधार हुआ है, इसके दर्ज केसों की संख्या दिनों-दिन घटती ही जा रही है।

बाजिन का रोग (कठललामी)

बाजिन का रोग अक्सर 16 से 40 वर्ष की स्त्रियों को होता है (और इनमें भी मुख्यतः युवतियों को), जिनमें से अधिकांश किसी-न-किसी अन्य प्रकार के यक्ष्मा से ग्रस्त होती हैं। रोग के अभिव्यक्त होने में संप्रेरक घटक निम्न है—यक्ष्मा के साथ-साथ रक्त-संचार की गड़बड़ियाँ (नीलपर्यगता, शिरा-विस्फारण), पैरों का अक्सर ठंडा होना, ऐसी वृत्ति होना, जिसमें रोगी को खड़े-खड़े काम करना पड़ता है आदि। पुनरावर्तन शरद तथा शीतऋतु में विकसित हो सकता है।

कठललामी की तल्पिक अभिव्यक्तियाँ हैं—गहराई में स्थित कठोर तथा धीरे-धीरे बढ़ने वाले पर्व (नोड्स) या नीलाभ लाल रंग के विस्तृत चौरस अतस्पर्दन, जिनका आकार बादाम से लेकर टमाटर के बराबर तक हो सकता है। पर्व (दो-चार से लेकर दस या इससे भी अधिक बड़ी संख्या में) चर्म तथा अवचर्म वसा की गहराई में स्थित होते हैं और छूने में कुछ मुलायम-से लगते हैं। ये मुख्यतः गोडो पर (और अपेक्षाकृत कम प्रायिकता के साथ जाँघों, नितंबों और हाथ पर) सममित रूप से उत्पन्न होते हैं। मुख और नासा-ग्रसनी की श्लेष्मल झिल्लियाँ विरले ही ग्रस्त होती हैं। कुछ सप्ताहों या महीनों में महत्तम विकास को प्राप्त होकर पर्व घटने लगते हैं और उनके बाद वलयाकार कुपोषित स्थल तथा वर्णकता रह जाती है। कुछ केसों में अधिकेंद्रों का मध्य में गलन शुरू हो जाता है, वे संगम करते हैं और नासूरयुक्त पीडाहीन व्रण बनाते हैं जिनकी किनारियाँ सुरंगित होती हैं और तली गदले-भूरे दानों से ढकी होती है; इस अवस्था को व्रणित कठललामी का हचिंसन-रूप (Hutchinson's form) कहते हैं। व्रणों के ठीक हो जाने पर ऐंठे हुए-से वर्णकित क्षताक रह जाते हैं।

चिकित्सा न कराने पर रोग महीनों और वर्षों तक बना रह सकता है और ठंड के मौसम में पुनरावर्तित होता रहता है। पर्व लसकुंभिशोथ से क्लिष्ट भी हो सकता है, जो कुंभी-पथ के सहारे-सहारे फैलने लगता है। चर्म की कठललामी स्पष्ट वर्धित इमूनता की स्थिति में शोथ के एक अत्यूर्जक रूप की तरह विकसित होती है, इसीलिये करीब 60-70 प्रतिशत रोगियों में टूबरकूलिन-परीक्षण होता है

ऊतगदलोचन—पर्वों की एक विशिष्ट गठिवत (ट्यूबरकुलोइड) सरचना होती है (उपकलावत और विशाल कोशिकाएँ)। कुछ स्थलो पर अतर्स्यदन अविशिष्ट होता है (लसकोशिकाएँ और प्लाज्मा-कोशिकाएँ)। गठिवत अधिकेद्र लगभग हमेशा ही अतर्स्यदन की किनारी पर पाये जाते हैं, जो सुचर्म के निचले भाग और अवचार्म वसा में स्थित होते हैं। अतर्स्यदन के केंद्र में कमोबेश रूप से स्पष्ट पनीरी विमृति दिखाई देती है। बहुलन (कोशिकाओं की नव-विरचना) से सबधित परिवर्तन, स्कदक्लेश, कुभियों (विशेषकर शिराओं) में रोध भी देखे जाते हैं, जिससे विमृति और व्रणन शुरू हो जाता है। अंतर्स्यदन के गिर्द अवचार्म वसा कुपोषित होने लगती है।

निदान तत्पिक एव ऊतलोचनी अध्ययन के परिणामों पर आधारित होता है। पार्विक ललामी और पिडलियों की कठमाल-चर्मता के साथ विभेदक निदान सबसे कठिन होता है। पार्विक ललामी में तीव्र शोथ, ज्वर और कमजोरी होती है, क्षतियाँ पिडलियों की अग्र सतह पर उत्पन्न होती हैं और उनमें प्रायिक पुनरावर्तन, अपघटन या व्रणन की कोई प्रवृत्ति नहीं होती; शरीर में गठिक्लेश का कोई अधिकेद्र नहीं मिलता, पिकों की जाच ऋणात्मक होती है। तत्पिकत जटिल केसों में विशिष्ट चिकित्सा की कारगरता को भी ध्यान में रखा जाता है। कठमाल-चर्मता मुलायम पर्विकाओं, व्रणित क्षेत्रों की मुलायम तली, व्रणों की कटी-फटी किनारियों और नासूरो द्वारा लक्षित होती है। रालार्विक सीफिलिड में कोई आत्मगत अनुभूति नहीं होती, ग्रस्त क्षेत्र एक विशेष प्रकार की कठोरता से लक्षित होते हैं, उनका रंग भूरा लाल होता है, सीफिलिसी पैठन के अन्य लक्षण उपस्थित रहते हैं।

चिकित्सा—यक्ष्मा की चिकित्सा आवश्यक है। पराबैंगनी विकिरण, धूप-सेवन और विटामिनो व प्रोटीनो से समृद्ध आहार सुसंकेतित है। व्रणों का उपचार जिक-जिलेटिन पट्टियों से होता है। जिक आक्साइड और जिलेटिन का मिश्रण (aa25g) ग्लिसेरिन (60g) और पानी (120g) गर्म करके पट्टी पर पसार दिया जाता है और पैर को इसी पट्टी से कसकर बांध दिया जाता है (व्रण को पहले से एक निष्क्रीटित गजी से ढँककर रखना चाहिए)।

पुनरावर्तन के निरोध के लिये निम्न उपाय है—कुभिक गडबड़ियों (स्कद-शिराशोथ) की चिकित्सा, पैरों को ठंड नहीं लगने देना, अंगों (हाथ-पैर) को अत्यधिक थकान से बचाना।

प्रकीर्णित रूप

शैवाकवत गंठिक्लेश या कंठमालीय शैवाक

शैवाकवत यक्ष्मा अक्सर उन बच्चों को होता है जिनमें बहुत कमजोरी होती

है और तदनुरूप शारीरिक प्रवणता होता है जो क्लोम लसपवा या आस्थ्र व सधियो के यक्ष्मा से ग्रस्त होते हैं। यह सामान्य वृक्का की सक्रिय चिकित्सा मे वासिली अपघटन के उत्पादो के प्रकीर्णन के फलस्वरूप भी विकसित हो सकता है।

चर्म-क्षतिया प्रकीर्णित या गुपो मे होती हैं, वे छोटी (जई के दानो जितनी बड़ी), चौंस या शंक्वाकार, पीडाहीन पिटिकीय, पिटिका-पीपिकीय या मुहासे जैसी पर्विकाओ के रूप मे होती हैं, जिनका रंग भूराभ लाल या ज्यादातर सामान्य त्वचा जैसा ही होता है। पर्विकाओं की सतह पर नन्हे शल्क या शृगी नोकें मिल सकती है। निकट-निकट स्थित मशिकीय पर्विकाओ वपास्त्रावी दिनाई (कठमालीय दिनाई) से मिलती-जुलती हो सकती है। स्फोट अधिकांशतः सममित होते है और धड़ की पार्श्व सतहो, नितबों, चेहरे और विरल केसो मे होंठों की श्लेष्मल झिल्लियों पर अवस्थित होते है। क्षतिया स्वतःस्फूर्त रूप से गायब हो जाती हैं, पर बाद में फिर उत्पन्न हो जाती है। कोई आत्मगत अनुभूति नियमतः नहीं होती। आंतर अंगो के यक्ष्मा का इलाज हो जाने पर चार्म पुनरावर्तन नहीं होता। अपचोषित पिटिकाओ की जगह हल्की वर्णकता (या और भी विरल रूप से—नन्हे चित्तीदार दाग) बन जाती है। पिके-प्रतिक्रिया धनात्मक होती है। कठमालीय शैवाक अब एक बहुत ही विरल रोग हो गया है।

ऊतगदलोचन—उपकलावत एवं विशाल कोशिकाओं का विशिष्ट अंतर्स्यदन मशिकाओं के गिर्द पाया जाता है। पनीरी (छेने जैसी) विमृति नहीं होती।

निदान जटिल नहीं होता और इसकी पुष्टि हर हालत मे धनात्मक पिके-परीक्षण से हो जाती है। स्फोटो को सीफिलिसी स्फोट से विभेदित करना चाहिए, जिसमे पिटिकाए एक अधिकेंद्र में भिन्न विकास-चरणो पर होती हैं और उनके साथ-साथ सीफिलिस के अन्य लक्षण भी उपस्थित रहते है; सीरमलोचनी परीक्षण धनात्मक होता है। लाल कांटल शैवाक में पिटिकाए किरमिजी लाल होती है, कुछ की परिरिखाए लंछक रूप से बहुभुजी होती हैं, केद्र में एक अवनमन-सा होता है, स्फोट के साथ-साथ खुजली भी होती है।

चिकित्सा उन्ही उपायों से होती है, जो चर्म-यक्ष्मा के अन्य रूपों के लिये प्रयुक्त होते है। शल्कन को प्रेरित करने वाले मलहम बाह्य चिकित्सा के रूप मे सुसकेतित हैं।

भविष्यवाणी अनुकूल होती है।

पिटिका-विमृतिक चर्म-यक्ष्मा

यह रोग अक्सर बचपन या कैशोर्य में होता है स्फोट हाथ-पैर की ऋजुकारी

सतहों पर, धड़ और चेहरे पर उत्पन्न होते हैं। मुख्य रूपलोचनी क्षतिया असख्य (कमोबेश रूप से जमघटों में) कठोर भूराभ बैगनी पर्विकाएं हैं, जिनका आकार हेप के बीज के बराबर होता है। उनके केंद्रों पर पूय जैसी विमृतिक खट्टिया पड़ जाती हैं। बाद में पिटिकाओं पर नन्हे, गोल सतही ब्रण बन जाते हैं, जिनके ठीक होने पर मुहर जैसे दाग रह जाते हैं, इनकी सीमा रेखाएं बैगनी होती हैं। अधिकांश के विकास और दाग (क्षताक) बनने में चार से आठ सप्ताह लगते हैं। स्फोट एकबारगी से नहीं निकलते, इसलिये एक साथ भिन्न विकास चरण पर स्थित क्षतिया देखी जा सकती है। रोग वसंत ऋतु के आरंभ में और शीतकाल में पुनरावर्तित होता रहता है, लेकिन गर्मियों में कभी भी व्यक्त नहीं होता। पिटिका-विमृतिक चर्म-यक्ष्मा अक्सर उन लोगों को होती है, जो लसपर्वी, अस्थियो या सधियों के यक्ष्मा से पीड़ित होते हैं या कठललामी के शिकार होते हैं। टूबरकूलिन-परीक्षण नियमतः धनात्मक होता है।

पिटिका-विमृतिक यक्ष्मा के निम्न रूप हैं—(1) आक्नित ('ऐकनाइटिस' का लातीनी उच्चारण, कारक-चिह्न '-इस' को छोड़कर), यह एक प्रकार की पीपिका है, जो स्कूली बच्चों को, यौन परिपक्वता के समय या इसके पूर्व होती है। ये सामान्य मुहासों से मिलती-जुलती होती हैं। क्षतिया सममित रूप से चेहरे पर होती हैं और विरलतः वक्ष पर तथा हाथों की ऋजुकारी सतहों पर भी होती हैं; इनके ठीक होने पर गहरे दाग रह जाते हैं; (2) फोलीक्लिस किशोरो एव नवयुवकों को धड़ एवं पैरों की मशिकाओं (लोमकपों) की क्षतियों के रूप में होती है; (3) एक्ने काखेक्तीकोरुम पिटिकीय पीपिकाओं के स्फोट हैं, जिनमें क्रेटर जैसे ब्रण बनते हैं और उनके बाद चेचक जैसे दाग रह जाते हैं। रोग के इस रूप में टूबरकूलिन-परीक्षण ऋणात्मक होते हैं क्योंकि शरीर की इमूनलोचनी प्रतिकारिता कम होती है।

ऊतगदलोचन—क्षति का उपादान सतही अधिचर्म व सुचर्म विमृति है, जो लसवत अतर्स्यदन से घिरा होता है। कुंभियों का शोथी अतर्स्यदन पाया जाना विशेष लक्षण है।

निदान—नन्हे, विशेषकर मुहर जैसे दाग (क्षताक), क्षतियों का स्थल, टूबरकूलिन-परीक्षण तथा ऊतलोचनी परीक्षण निदान में सहायक होते हैं। वपाल मुंहासे से विभेदित करने में ध्यान रखना चाहिए कि यह रोग (वपाल मुहासा) उन्हीं को होता है, जिन्हें काम पर (वृत्ति में) अक्सर तेलों तथा इमन्शनो के संपर्क में रहना पड़ता है। मुहासे के इस रूप में क्षतिया अक्सर हाथ और पैर की ऋजुकारी सतहों पर होती है वे मशिकाशोथ के रूप में प्रकट होती हैं, शोथ की प्रक्रिया तीव्र होती है, साथ में ढेर सारे कोमेडॉन (काले मुहासे) भी निकल आते हैं।

चिकित्सा PAS फ्थीवाजिड विटामिन A और D फीटिन तथा लौह

प्रसाधन मुखमार्ग से दिये जाते हैं यदि प्रतिस्कीत न हो तो पराबगना विकरण भी दिया जा सकता है

भविष्यवाणी अनुकूल होती है यदि आंतर अंगों का कोई तीव्र यक्ष्मा नहीं होता।

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा के मुख्य सिद्धांत वे ही हैं, जो वयस्कों के लिये हैं। प्राथमिक महत्त्व सामान्य चिकित्सा को ही दी जाती है, जिसका लक्ष्य है—आंतर अंगों के यक्ष्मा को दूर करना, चर्म में गदलोचनी प्रक्रियाओं के विकास को प्रोत्साहित करने वाले घटकों को दूर करना और रोगी की सामान्य अवस्था सुधारना, ताकि याक्ष्मिक पैठन के विरुद्ध शरीर की प्रतिरोधिता बढ़ सके।

बच्चों में चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा स्ट्रेप्टोमीसिन से होती है, जिसे स्ट्रेप्टोमीसिन सल्फेट और पाटोमीसिन (डीहाइड्रोस्ट्रेप्टोमीसिन के पाटोथेनिक लवण) के रूप में दिया जाता है। पाटोथेनिक अम्ल, जो पाटोमीसिन का एक अवयव है, स्ट्रेप्टोमीसिन के गरलकारी परोर्जिक प्रभाव का उपशमन करता है। बच्चों को स्ट्रेप्टोमीसिन अतपेंशीय सुई के रूप में नित्य दो बार दिया जाता है; दैनिक खुराक 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के लिये 0.01-0.02 ग्राम प्रति किलोग्राम है, 5 से 8 वर्ष के बीच की उम्र के बच्चों के लिये 0.25-0.3 ग्राम और 8 से 14 वर्ष के बीच के लिये 0.3-0.5 ग्राम है। कुल खुराक 20 से 40 ग्राम है। स्ट्रेप्टोमीसिन से सामान्य वृका, कठमाल-चर्मता और व्रणित एवं मसेदार गठिक्लेशों से सबसे अच्छे थेरापिक परिणाम प्राप्त होते हैं।

स्ट्रेप्टोमीसिन के बाद या इसके साथ-साथ फ्थीवाजिड, टूबाजिड, मेटाजामीड, तथा इजोनीकोटीनिक अम्ल हाइड्राजीड के अन्य उत्पाद भी दिये जाते हैं—उन मीकोबाक्टेरियो के विरुद्ध, जो स्ट्रेप्टोमीसिन का प्रतिरोध कर लेते हैं (उसे सहन कर लेते हैं)। फ्थीवाजीन की दैनिक खुराक निम्न है—12 महीने तक के बच्चों के लिये 0.02-0.03 ग्राम प्रति किलोग्राम (तीन बार में); 2 से 3 वर्ष के बच्चों के लिये 0.3-0.5 ग्राम (तीन बार में); 3 से 7 वर्ष के लिये 0.6-0.7 ग्राम और 8 से 15 वर्ष के लिये 0.5 से 1.0 ग्राम। कुल खुराक 40 से 250 ग्राम तक हो सकती है। चिकित्सा के एक दौर में स्ट्रेप्टोमीसिन और फ्थीवाजिड की कुल खुराक और दौरों की संख्या रोग-प्रक्रिया की तीव्रता और दवा के प्रति सहनशीलता पर निर्भर करती है।

3 वर्ष से कम बच्चों के लिये PAS का सोडियम लवण 0.15-0.2 g/kg प्रतिदिन की खुराक में प्रलिखित किया जाता है—इसे तीन या चार बार में देते हैं।

3 से 5 वर्ष के बच्चों का प्रतिदिन 0.5 ग्राम चार बार में दिया जाता है। 5 वर्ष से अधिक के बच्चों के लिये दैनिक खुराक 6-8 ग्राम है। कुल खुराक 200 से 800 ग्राम तक होती है। दवाखाना खाने के एक घंटे बाद दूध, क्षारीय खनिज जल या सोडियम हाइड्रोकार्बोनेट के 2 प्रतिशत सांद्र घोल के साथ ली जाती है।

विटामिन D₂ सामान्य वृक्का के उन्हीं रोगियों की चिकित्सा में प्रयुक्त होता है, जिनके आंतर अंगों में कोई सक्रिय याक्ष्मिक प्रक्रिया नहीं होती, क्योंकि यह स्थापित हुआ है कि यह विटामिन क्लोमो (फेफड़ों), लसपर्वों तथा अस्थियों में रोग-प्रक्रिया को और भी तीव्र कर देता है। इसका उपयोग सामान्य वृक्का के व्रणित रूपों में और पुनरावर्तन-निरोध में सबसे अधिक वांछनीय है। 10 वर्ष तक के बच्चों को इसकी 15000-25000U की खुराक नित्य दो या तीन बार में दी जाती है, 11 से 16 वर्ष के बच्चों को 30000-50000U नित्य दो या तीन बार में दी जाती है।

बच्चों के चर्म-यक्ष्मा की चिकित्सा के समय उनके आहार में नमक नहीं देना चाहिए (विशेषकर यदि रोग व्रणित रूप में है), लेकिन साथ में प्रोटीन और विटामिन (एस्कोर्विक अम्ल, रूटिन, कैल्सियम पाटोथेनाट आदि) प्रचुर मात्रा में देने चाहिए।

धूप और पराबैंगनी विकिरण का सेवन बच्चों तथा बड़ों दोनों ही के लिये वांछनीय, विशेषकर गर्म एवं शुष्क जलवायु वाले इलाके में स्थित निरोगालयों में, लेकिन याक्ष्मिक अधिकेंद्रों के रूप तथा उनकी सक्रियता और रोगी की सामान्य अवस्था पर अवश्य ध्यान रखना चाहिए। इस तरह की चिकित्सा उपशमन-काल में विशेष तौर पर उपयुक्त होती है।

चर्म-यक्ष्मा पर नियंत्रण का संगठन

चर्म-यक्ष्मा के प्रसार पर नियंत्रण के उपाय वैसे ही हैं, जैसे आंतर अंगों के यक्ष्मा में। सामान्य यक्ष्मा और विशेष (चर्म-) यक्ष्मा के निरोध में सामाजिक कदमों का महत्त्व बहुत अधिक है, जैसे—श्रम-सुरक्षा से संबंधित कानून, लोगों का जीवन-स्तर और सांस्कृतिक स्तर ऊंचा करना, बच्चों के स्वास्थ्य की रक्षा के लिये संगठित युक्तियाँ अपनाना आदि। यक्ष्मा के प्रारंभिक रूपों का अनुवेदन और उनकी यथासमय युक्तिसंगत चिकित्सा भी निरोधात्मक प्रयत्नों में महत्त्वपूर्ण कड़ियाँ हैं। यक्ष्मा के रोगियों को पर्याप्त समय तक खुली हवा में रहना चाहिए, कार्य-स्थल पर पर्याप्त प्रकाश होना चाहिए। सोवियत संघ में यक्ष्मा के नियंत्रण में, रोगियों को दर्ज करने, उन पर निगरानी रखने और उनकी चिकित्सा करने में अन्य निरोधात्मक कार्य करने में यहाँ की प्रतियक्ष्मा की भूमिका प्रमुख

सोवियत-काल में यक्ष्मा पर नियंत्रण के लिये सुनियोजित और सुसंगठित प्रयत्नों से यहाँ यक्ष्मा और विशेषकर चर्म-यक्ष्मा की प्रायिकता में तेजी से हास हुआ है। बच्चों में चर्म-यक्ष्मा का प्राग्भिक चरण में ही अनुवेदन और उसकी यथाशीघ्र युक्तिसंगत चिकित्सा भी यक्ष्मा के इस रूप की प्रायिकता में कमी लाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है।

चर्म लेइशमैनता या बोरोव्स्की रोग

इस रोग के अन्य पर्याय भी हैं—पेंडेह-क्लेश, आश्खाबाद-क्लेश, 'गोदोविक' (रूसी नाम, जिसका अर्थ है—'वत्सरिका'), पूर्वी रोग आदि। यह एक जानपदिक (किसी विशेष जनपद के लिये लाक्षणिक), चिरकालिक परजीविका चर्म-रोग है। इसका निमित्त कारण पी. बोरोव्स्की ने 1898 में ज्ञात किया था और उसका वर्णन प्रस्तुत किया था। यह रोग उष्ण एवं उपोष्ण कटिबंधों में पाया जाता है। सोवियत संघ में इसके प्रसार-केंद्र मध्य एशिया (मुख्यतः आश्खाबाद के क्षेत्र, बुखारा, समरकंद, कोकांद आदि) और काकेशिया-पार के गणतंत्र (मुख्यतः अजरबैजान के दक्षिणी इलाके) हैं। अन्य देशों से यह रोग अर्जित करने वाले रोगी पूरे सोवियत संघ के क्षेत्र में मिल सकते हैं।

हेतुलोचन और बहुमारीलोचन—लेइशमैनता का निमित्त कारण लेइशमानिआ ट्रोपिका एक सूक्ष्म प्राग्जंतु है। इस जीवाणु को दिखाने के लिए पर्विका या लेइशमैनार्ब के परिसरीय अतस्स्यंद को दो उंगलियों से दबाकर वहां का स्थल रक्तहीन कर दिया जाता है, फिर स्काल्पेल से वहां चर्म में हल्का-सा चीरा लगाया जाता है। चीरा की किनारी से ऊतक के टुकड़े और ऊतक-द्रव स्काल्पेल से खुरच कर अलग करते हैं। इस द्रव्य का लेप (कांच के स्लाइड पर) तैयार किया जाता है और उसे रोमानोव्स्की-गिमुजा के रंजक से रंजित किया जाता है। ये जीवाणु (बोरोव्स्की-काय) अंडाकार होते हैं, इनकी लंबाई 2-5 मिक्रोमीटर और चौड़ाई 1.5 से 4 मिक्रोमीटर तक होती है। इसके प्रोटोप्लाज्म में दो नाभिक होते हैं—एक बड़े-से अंडे जैसा दिखता है और दूसरा सहायक नाभिक छड़ की तरह दिखता है (ब्लेफारोप्लास्ट)। लेप में लेइशमानिआ जीवाणु के प्रोटोप्लाज्म हल्के नीले रंग से रंजित होते हैं, बड़ा नाभिक लाल या ललछौंह बैंगनी रंग से और छोटा नाभिक गाढ़े बैंगनी रंग से रंजित होता है। ये परजीवी माक्रोफागो में बहुत बड़ी संख्या में, रक्त में स्वतंत्र ग्रुपों के रूप में और चर्म-क्षतियों में पाये जाते हैं।

आदमियों में रोग का सक्रमण फ्लेबोटोमस बालुका-मक्खी (एक तरह के मच्छरों) के काटने से होता है। बालुका-मक्खिया ये परजीवी किसी बीमार व्यक्ति

से प्राप्त करनी है, गावों में होने वाली लेइशमैनता के लिये कृतक (कुतरने वाले) जीव (जैसे सूस्लिक, जर्विल) आदि भी पैठन के स्रोत हो सकते हैं। तत्पिक चित्र, निमित्त कारण के जीवलोचनी गुणों और बहुमारीलोचनी दृष्टि से लेइशमैनता के दो प्रकार होते हैं—(1) ग्रामीण या तीव्र विमृतिक या आरंभिक व्रणन वाला प्रकार (जलुक्लेशिक), (2) शहरी या विलंबित व्रणन वाला, चिरकालिक प्रकार (मानुषक्लेशिक)।

प्रथम प्रकार की लेइशमैनता का निमित्त कारण लेइशमानिया ट्रॉपिका माजोर (मेजर) है, जिन्हे बालुका-मक्खिया पैठन-वाहक कृतको से आदमी में फैलाती है। रोग के इस रूप के लिये अतर्शयन-काल अपेक्षाकृत अल्प है (एक से आठ सप्ताह तक, लेकिन औसतन दो-चार सप्ताह), रोग की कोप-अवधि भी अपेक्षाकृत कम है (तीन से छ महीने तक)। बीच में ही खत्म हो जाने वाला रोग-प्रवाह भी देखने को मिलता है, जिसमें एक या दो महीने तक में क्षताक पड़ जाते हैं।

अतर्शयन-काल के अंत में बालुका-मक्खी के दंश-स्थल पर भूरी आभा से युक्त, तीव्र शोथी चमकदार लाल अतर्श्यद उत्पन्न होता है। यह पेस्ट जैसा और कोमल होता है। एक या दो महीने में (और बच्चों में एक या दो सप्ताह में) यह (अतर्श्यद) अपघटित हो जाता है और गहरा, दर्दनाक व्रण बन जाता है। व्रण की किनारिया कटी-फटी और सुरगित होती हैं, तली असमतल, अपरदित और विमृतिक द्रव्य से आच्छादित होती है। अतर्श्यद और व्रण वर्धित होते हैं (व्रण का व्यास कई सेटीमीटर तक बढ़ सकता है)। बच्चों में व्रण और भी जल्द बढ़ जाता है, रोग-प्रक्रिया लंबे समय तक बनी रहती है और अक्सर पूयकारी पैठन से क्लिष्ट हो जाती है। इसके फलस्वरूप विद्रधि, चर्मशोण और फ्लेगमोन विकसित हो जाते हैं, जो लेइशमैनता का तत्पिक चित्र बदल देते हैं। दो-तीन महीने तक प्रक्रिया के बढ़ने पर व्रणों का क्षताकन (व्रणपूरण) शुरू हो जाता है, जो कई सप्ताह या महीने में पूरा होता है। इस अवधि में व्रण की तली का कणीकरण शुरू हो जाता है, जिससे वह दानेदार लगने लगती है (मछली के अंडों की तरह; मत्स्यांड लक्षण)। व्रणपूरण अक्सर मध्य स्थल से शुरू होता है, परिसर में व्रणित खात-सा रह जाता है। अंत में व्रण के स्थल पर गहरा क्षताक रह जाता है। जलुक्लेशिक प्रकार के रोग में लेइशमानाबों की संख्या बहुत बड़ी हो सकती है, कुछ रोगियों में तो 100-200 या इससे भी अधिक। ये शरीर के खुले हिस्सों में (चेहरे, हाथ-पैर पर) होते हैं, पर अन्य चर्म-क्षेत्रों पर भी उत्पन्न हो सकते हैं। इसका कारण यह है कि गर्म जलवायु के देश में लोग पूरे शरीर को ढककर नहीं सोते जिससे बालुका-मक्खिया विभिन्न क्षेत्रों पर काटा करती हैं

शहरी विरकालिक या चिलाबत ब्रणन वाली लेइशमनता का निमित्त कारण लेइशमानिया ट्रोपिका मिनार (मानर) र जो बालुका मखा गर रोगी व्यक्तियों से स्वस्थ व्यक्तियों में सक्रमण करता है रोग का यह प्रकार शहर तथा घनी वस्तियों मे होता है। इसका अतर्शयन-काल बहुत लंबा होता है (औसतन तीन स आठ महीने तक, यद्यपि एक-दो साल से लेकर चार-पाच साल तक भी संभव है) और इसका प्रवाह भी बहुत धीमा होता है (औसतन एक वर्ष)। इसका रूसी नाम 'गोदोविक' (वत्सरिका) इसी स्थिति को प्रतिबिंबित करना है। रोग अक्सर उन लोगों में प्रकट होता है, जो पिछले वर्ष रोग-केन्द्र के इलाके में रुके थे। वानुका-मखी के दश-स्थल पर एक भूराभ लाल गठिका बनती है (अक्सर चर्म की खुली सतह पर)। गठिका एक वादाम के आकार तक बढ़ जाती है और एक मोटी खड़ी स ढकी होती है। खट्टी गिरने के बाद ब्रण बन जाता है। इसकी किनारिया कटी-छटी होती है, रिम की तरह उभरी होती है, अतर्स्यदित और पेस्टी (पेस्ट की तरह) होती है। ब्रण की तली दानेदार हो जाती है (कणीकरण के फलस्वरूप) और एक भूरी-पीली झिल्ली से ढकी होती है। ब्रण के गिर्द का अंतर्स्यदन उस त्वचा से ऊपर उभार देता है। ब्रणापूरण में कई महीने लग जाते हैं।

लसकुभीशोथ की उत्पत्ति चर्म-लेइशमैनता की एक बहुत ही लछक विशेषता है, इसे ब्रण के परिसर में मोटी डोरी के रूप में परिस्पर्श से अनुभव किया जा सकता है। लसकुभियों का मोटा होना और कुछ स्थितियों में उन पर दृढ पर्वों का उत्पन्न होना (पार्विक लसकुभीशोथ) ग्रामीण प्रकार की चर्म-लेइशमैनता के लिये अधिक लछक है। ये पर्व अपघटित होकर ब्रण बना सकते हैं। लसकुभीशोथ के अतिरिक्त लसपर्वशोथ भी पाया जाता है। ये दोनों ही लसकुभीमार्ग द्वारा निमित्त जीवाणुओं के प्रसार लेइशमानता का गठिवत रूप विकसित होते हैं।

सामान्य वृका के वृकार्बों जैसी छोटी, मुलायम भूराभ या पीली-लाल गठिकाए कभी-कभी क्षताक पर या उसके गिर्द उत्पन्न हो जाती हैं। समानता और भी अधिक हो जाती है, क्योंकि डायेस्कोपी में 'सेव की जेली' का लक्षण नजर आता है। गठिका लंबे समय तक बनी रहती है और मुश्किल से ठीक होती है। इसे चर्म कहते हैं। यह अधिकांशतः उन लोगों को होता है, जिन्हें वचपन में ही यह रोग शुरू होता है।

रोग शुरू होने के पाच या छ महीने बाद तक लेइशमानता के तदनुरूप जीवाणुओं के प्रति स्थायी इमूनता विकसित हो जाती है।

ऊतगदलोचन—सुचर्म में कणार्बिक अंतर्स्यदन, जो मुख्यतः ऊतकोशिकाओं, ज्वालोशिकाओं आदि से बना होता है और न्युट्रोफीलो की अल्प सख्या पायी जाती है कुभिया की अतर्कला आंतरिक सतह पर एकपरती के बहलन

आर शोफ कं कारण उनम स्पष्ट सकांचन और उनकी दीवारों में अनसर्ज्यन पाया जाता है। व्रण बनने के पहले अधिचर्म में कटक्लेश देखने को मिलता है। असंख्य ब्रांशवकी-काय निशपकर माक्रोफागा में मिलत है, वे कोशिकाओं के भीतर भी मिलते है और बाहर भी।

निदान के आधार है—तल्पिक चित्र, व्रणों के परिसर में पार्विक लसकुभीशोथ की उपस्थिति और निमित्त कारण (रोगकारी जीवाणुओं) की पहचान। रोग जिन जनपदों में पाया जाता है, वहां इसका निदान सरल होता है, लेकिन इन क्षेत्रों के बाहर बहुत ही कठिन होता है। अंतिम स्थितियों में यह सूचना कि रोगी लेडशमैनता के क्षेत्र में रहकर आया है, बहुत महत्वपूर्ण होती है।

चिकित्सा—प्रतिजीवक मानोमीसिन कारगर होता है (विशेषकर ग्रामीण प्रकार की लेडशमैनता के इलाज में), इसका 0.25 ग्राम नित्य 4 से 6 बार तक मुखमार्ग से दिया जाता है या 250000U की सुई पेशी में 10 से 14 दिनों तक नित्य तीन बार तक दी जाती है। एंटीमलेरिया साधन दिये जाते हैं—क्लोरोक्वीन फोस्फेट का 0.25 ग्राम दिन में दो बार (खाने के बाद) तीन से चार सप्ताह तक दिया जाता है (बच्चों को उम्र के अनुसार नित्य 0.125 ग्राम की मात्रा में नित्य एक या दो बार दिया जाता है)। एंटीमोनियल साधन (सोलूसुर्मिन, पर्याय—मोडियम एंटीमोनिल ग्लूकोनाट) अंतर्शिरा मार्ग से दिया जाता है—5 प्रतिशत सांद्र घोल के रूप में 5-10 मिलीमीटर नित्य (कुल 20 बार)। शहरी प्रकार की लेडशमैनता में गठिकाओं को मेपाक्रीन हाइड्रोक्लोराइड (हिद्रोक्लोरिड) का 5 प्रतिशत घोल से (1 प्रतिशत सांद्र प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड में या डीहिद्रोस्त्रेप्टोमीसिन के साथ मिलाकर) अतस्पर्दित किया जाता है। गठिकाएँ शीतोपचार, पारनापीय स्कदन और 10 प्रतिशत पीरोगालोल मलहम से भी नष्ट की जा सकती हैं। व्रणों की चिकित्सा स्थानिक रूप से मलहमों द्वारा होती है, ओक्सीकोर्ट, लोकाकोर्टेन (नेओमीसिन या विओफॉर्म के साथ), 2 प्रतिशत अमोनित पारद या 5 प्रतिशत सुल्फोनामीड से युक्त मलहम प्रयुक्त होते हैं। पुल्टिस का भी प्रयोग होता है। 1-5 प्रतिशत सांद्र इथ्यामोल-घोल, 0.5-1 प्रतिशत सिल्वर नाइट्रेट के घोल या 0.1 प्रतिशत एथोक्सीडिआमीनो-आक्रीडोन लैक्टेट के घोल में तर करके।

निरोध—निजी एवं सामूहिक दोनों प्रकार के उपाय प्रयुक्त होते हैं। सामूहिक में बहुमारी-क्षेत्र के कृतक जंतुओं और बालुका-मक्खियों के उन्मूलन का काम आता है। कृतकों का उन्मूलन करने के लिये उनके बिलों के पास क्लोरोपिक्रिन रखा जाता है—बस्ती के गिर्द 15 किलोमीटर चौड़े कटि-क्षेत्र में। यह चौड़ाई बालुका-मक्खियों की उड़ान द्वारा निर्धारित होती है—बालुका मक्खियों के अंडे देने के स्थलों कूड़ा आदि पर ब्लीचिंग पाउडर छिड़का जाता है घरों में DDI

या हेक्साक्जोरान छिड़का जाता है।

चूंकि बालुका मक्खी लीगा पर रात को ही आक्रमण करती है इसलिये गजी या अन्य कपड़ों के पर्दे का कीड़ भगाने वाले अपनोदक लीजोल या तारपीन में गीला करके विस्तर से ऊपर टांग देते हैं। दिन के समय त्वचा के खुले क्षेत्रों पर कीट-अपनोदक क्रीम या लौंग का तेल मलते हैं। तीव्र गंध वाले यू-डी-कालन या डीमेथिलफथालात भी कुछेक घंटे तक बालुका-मक्खियों से बचाव कर सकते हैं।

लेडशमैनता के जीवाणुओं से कृत्रिम सक्रिय इमूनीकरण से भी अच्छे परिणाम मिले हैं। जीवित लेडशमानिआ ट्रोपिका माजोर से युक्त द्रव-माध्यम की 0.1-0.2 मिलीलीटर मात्रा की बांह या जांघ में अंतर्चर्म्म सुई से दोनों ही प्रकार की लेडशमैनताओं के प्रति इमूनता उत्पन्न करती है। सुई के स्थल पर लेडशमैनार्ब उत्पन्न होता है, जो सामान्य पैठन से उत्पन्न लेडशमैनार्ब की तुलना में बहुत सुदम प्रवाह ग्रहण करता है।

वीरुसज चर्मक्लेश

वीरुसज (वीरुसजनित) चर्मक्लेश चर्मरोगों का एक अपेक्षाकृत बड़ा ग्रुप बनाते हैं, ये रोग अक्सर बहुत पाये जाते हैं। इस ग्रुप में निम्न की गणना होती है—विसर्प, कीलक, छुतहा मोलुस्क, नुकीला कडार्ब। ये रोग बच्चों के लिये (विशेषकर 5 वर्ष की उम्र से) बहुत सामान्य हैं। सबसे अधिक यह रोग 5 से 8 वर्ष के बच्चों में पाया जाता है। वयस्कों के बीच 3-4 प्रतिशत चर्मरोगी वीरुसज चर्म-क्लेशों से ग्रस्त होते हैं और बच्चों के बीच करीब 9.5 प्रतिशत चर्मरोगी। वीरुसी फ्लोरा (उद्भिज) गर्भाशय के भीतर पहुंचकर भी बच्चे को ग्रस्त कर सकते हैं, लेकिन नवजात शिशु प्रसव के समय या अपने जीवन के प्रथम दिनों में इन रोगों से ग्रस्त नहीं होता, क्योंकि मां के रक्त के साथ एटीवीरुसी प्रतिकार्य स्थानांतरित होते हैं, जिससे भ्रूण और शिशु में भी असक्रिय इमूनता आ जाती है। इमूनता दो वर्ष की उम्र से कम होने लगती है, जिससे वीरुसज चर्मरोग विकसित हो सकते हैं। वीरुस शरीर में विभिन्न मार्गों से प्रविष्ट हो सकते हैं—चर्म द्वारा, सङ्पुषित वस्तुओं से, श्लेष्मल झिल्लियों से होकर (रोगी व्यक्ति या वीरुस-वाहक व्यक्ति के साथ मैथुन या चुबन से), छीक, खासी आदि के समय निकलने वाली बूंदों से। इमूनता की कमी या अनुपस्थिति के कंस में अंतर्शयन-काल कुछ दिन से लेकर दो या तीन सप्ताह लंबा हो सकता है।

सरल विसर्प

पर स्फोट और गुपो में उत्पन्न वस्तिकाएँ, जिनका अतद्रव पहले तो स्वच्छ होता है, फिर धुधला पड़ जाता है। इसके प्रिय स्थल हैं—होठ (ओष्ठ-विसर्प), गाल (कपोल-विसर्प), नाक के पार्श्व (नासा-विसर्प), मुख-श्लेष्मला (मुख-विसर्प), शृंगिका (शृंगिका विसर्प) और जननेद्रिय (जननेद्रिय-विसर्प)। वस्तिकाएँ सूखकर खड़ी में परिणत हो जाती हैं, जिसके गिरने पर कोई दाग नहीं रहता। मुख-श्लेष्मला पर फट गयी वस्तिकाओं का अपरदन पीड़ाजनक होता है, उसकी किनारियाँ अतिरक्तिल और शोफित होती हैं (श्वेतव्रणीय मुखशोथ)।

स्फोटों में पुनरावर्तन की प्रवृत्ति होती है, जिसे प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—अत्यधिक ठंड के प्रति स्त्रेस-जनित प्रतिक्रिया, पैठनजनित रोग, अतिश्रुति, नार्विक-मानसिक और शारीरिक चोट, कड़ी धूप (आतपघात)। सरल विसर्प अक्सर जठरांत्र-कार्य में गड़बड़ियाँ, क्लोमशोथ, गरलता, लू, ज्वरकारी रोगों (ज्वरकारी विसर्प) के बाद और ऋतुकष्ट के समय होता है।

स्फोट से पहले अक्सर अस्वस्थता की अनुभूति, कंपकपी, बेचैनी, जलन, क्षुधाहानि और अनिद्रा भी होती है। क्षेत्रीय लसपर्व वर्धित हो जाते हैं। निम्न तल्पक रूपों में भेद किया जाता है—(1) हल्का, जिसमें क्षतियों की संख्या कम होती है और वे बहुत जल्द अपचोषित हो जाती हैं, (2) शोफित, जिसमें चमकीली रक्तस्फीति और स्पष्ट सूजन होती है (जैसे गालों पर), (3) तीव्र रूप (सरल व्रणित विसर्प); (4) कटिबंधकवत सरल विसर्प, (5) अक्सर पुनरावर्ती रूप—होठे (सिदूरी सीमा) पर, नितबों और बाह्य जननेद्रियों पर।

ऊतगदलोचन—मुख्य लक्षण हैं—फुलाव, अधिचार्म कोशिकाओं का जालिकीय अवजनन और कटलय। फूलती कोशिकाओं तथा विस्फारित रक्त-कुंभियों में अतरानाभिकीय एओजीनोफीलिक अतर्वेशन और सुचार्म पिटिकामय परत में हल्का परिकुम्भिक अतर्त्यदन पाया जाता है।

निदान—विशिष्ट तल्पक चित्र मिलने पर निदान बहुत सरल होता है। कटिबंधक विसर्प के विपरीत, सरल कटिबंधकवत विसर्प में परिसरीय नर्वों के वितरण के सहारे-सहारे पीड़ा नहीं होती। श्वेतव्रण में किनारियाँ बहुचक्रीय नहीं होती। जब सरल विसर्प जननेद्रिय पर होता है, तो इसे अपरदित कठव्रण से विभेदित करने में अपरदित सतह की बहुचक्रीय किनारी, तली पर कठोरन की अनुपस्थिति, प्रयोगशालीय परीक्षण के नकारात्मक परिणाम सहायक होते हैं। तीव्र कोमलता (कमजोरी) और ज्वर लिप्शोयेट्स-छापिन द्वारा निरूपित भग के तीव्र व्रण के लक्षण हैं।

चिकित्सा—शुष्ककारी और निष्पैठक दवाओं का बाह्य रूप से प्रयोग होता है ये निम्न हैं—सिल्वर नाइट्रेट का 1-4 प्रतिशत घोल पिओक्तानिन (जैशियन

वायोलेट) का 1-2 प्रतिशत घोल, ओक्सोलीनुम का 1-2-3 प्रतिशत या इटेर्फैरान का 30-50 प्रतिशत मलहम, बोनाफ्टॉन, गोमीपोल, टैब्रोफेनुस, 1-3 प्रतिशत फ्लारेनल मलहम और सल्फर-कार्बोलिक पेस्ट (Ac carbolic 10, Sulfuris 15 Pastae Zinci 30 0)।

कैलेडूला, पोटेशियम परमैंगनेट, एथोक्सीडिआमीना-आक्रीडीन लैक्टेट या हाइड्रोजन पेंरोक्साइड से युक्त कसैल निष्पेठक घोलों से गराग मुह के सरल विसर्प में प्रलिखित किया जाता है। प्रकीर्णित और अक्सर पुनरावर्तित होने वाली राग-प्रक्रिया का इलाज तीन दिनों तक हर छः घंटे पर 2-3 मिलीलीटर इटेर्फैरानोजेन की अंतर्पेशीय सुई से होना है। बहुसंयोजी (पोलीवैलेट) प्रतिविसर्प टीका की अतर्चार्म सुई से भी लाभ होता है। (0.1-0.2 मिलीलीटर की सुई दो या तीन दिनों के अंतरालों पर दी जाती है, पूरी चिकित्सा पांच-पाच सुइयों के दो दौर में संपन्न होती है, इन दौरों के बीच दस दिन का अंतराल रखा जाता है)। पुनरावर्तन को रोकने के लिये गामा ग्लोबूलिन की सुई, स्वरक्त चिकित्सा और ज्वरकारी दवाओं का प्रयोग होता है। सहवर्ती पूयकारी पैठन विकसित होने पर विस्तृत स्पेक्ट्रम वाले प्रतिजीवक दिये जाते हैं।

कटिबंधक विसर्प

इसे शिंग्लेस या जोना भी कहते हैं। इसका निमित्त कारण एक नर्वपर्ययी छन्य वीरुस है—स्ट्रेण्गिलोप्लाज्मा जोने। प्रतिजनिक संरचना और आदमी के भ्रूण-ऊतकों में प्रजनन की क्षमता में यह छोटी शीतला (चिकेन पौक्स) के वीरुसों से मिलता-जुलता या उनके साथ समात्मिक होता है। कटिबंधक विसर्प के रोगी के संपर्क में आये बच्चे में छोटी शीतला का विकास इस विचार की पुष्टि करता है कि ये दोनों जातियाँ परस्पर संबद्ध हैं। इसके अतिरिक्त, कई ऐसे केस भी पाये गये हैं, जिसमें रोग असली कटिबंधक विसर्प से शुरू होता है और फिर छोटी शीतला में परिणत हो जाता है, इसके स्फोट धड़ और हाथ-पैरों पर भी फैल जाते हैं।

अंतर्शयन-काल (सात या आठ दिन) के बाद अतिरिक्त चर्म-क्षेत्रों पर वस्तिकाएं गुप्तों में उत्पन्न होती हैं, ये चर्म-क्षेत्र एक या अधिक नर्वों के खडीय वितरण के अनुरूप होते हैं। स्फोट से पहले नर्व-वितरण के सहारे-सहारे पीड़ा के दौर, जलन, ग्रस्त क्षेत्रों में रक्तम्प्रीति, सामान्य कमजोरी, कपकंपी और सिरदर्द के प्राग्लक्षण उत्पन्न होते हैं।

स्फुटित वस्तिकाएं मटर के दाने जितनी बड़ी और तनी हुई होती हैं; अतर्द्रव स्वच्छ सीरमी होता है। ये सगम करके सूक्ष्म शुक्तिक किनारी वाले पैठन-अधिकेद्र बनाती हैं स्फोट विशिष्ट रूप से असममित और होते हैं इसके निम्न

तत्त्विक रूप २ १

कटिवधक विसर्प प्रकीर्णित जिसमें टातर्फा प्रकाणित धानवा हाता ह, (2) रक्तन्वावा कटिवधक विसर्प, जिसमें वस्तिकाओं का स्वच्छ अनर्दव पूर्णिक हो जाता है, फिर जब प्रक्रिया सुचर्म में गहरी होने लगती है, तो रक्तन्वावी हो जाता है, (3) विगलनकारी कटिवधक विसर्प, जो एक तीव्र रूप है इसमें वस्तिकाओं की तली प्रमृत्त होने लगती है और उनकी जगह पर क्षताक बनता है; (4) हल्का (पूर्वपानी) रूप; (5) बुल्लेदार रूप, जिसमें वस्तिकाओं के साथ-साथ बुल्ला भी प्रकट होते हैं।

चर्म पर रोग की तीव्र अभिव्यक्तियों के गायब होने पर भी स्थायी नर्वपीडा और अपूर्ण लकवा (पेशियों का श्लथ रहना) प्रेक्षित होता है।

आंखों में प्रक्रिया का स्थित होना एक खतरनाक परिस्थिति है, जिसका अन कभी-कभी शृंगिका तथा पूरे नेत्र के व्रणन के साथ होता है। आंखों को ग्रस्त करने वाला तीव्र रूप अक्सर बच्चों को नहीं होता। त्रिशाखी या चेहरे के नर्व का अपूर्ण लकवा और बधिरता अन्य क्लिष्टताएं हैं। रोग छादिकाशोथ और मस्तिष्कशोथ से भी क्लिष्ट हो सकता है।

वीरुसी पैठन की अभिव्यक्तियों को प्रोत्साहित करने वाले घटक निम्न हैं—पैठनजनिन रोग, गरलता (गरणक्लेश), द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियां, रक्त के रोग, नाविक एवं मानसिक अतिस्त्रेस, शरीर का ठंडा होना (ठंड में) और शारीरिक चोट। प्रक्रिया अक्सर ठंडे मौसम में होती है और उग्र रूप धारण करती है (वसंत और शरद ऋतु में)। कटिवधक विसर्प किसी भी उग्र में हो सकता है, पर बहुत छोटे बच्चों (शिशुओं) में यह विरले ही होता है।

अविशिष्ट पुनरावर्ती प्रवाह वाले कटिवधक विसर्प के वयस्क एवं वृद्ध रोगियों का परीक्षण करना चाहिए कि दुर्दम नौवर्ध या रक्त का कोई रोग तो नहीं है। कटिवधक विसर्प कभी-कभी चर्मरक्तता (हेमोडेमिया) के कुछ रूपों से पूर्व प्रकट हो सकता है।

ऊतगदलोचन—अधिचार्म कोशिकाओं का फुलाव और जालिकीय अवजनन, अतरानाभिकीय वीरुसी अतर्वेशन और नर्व-रेशों में अवजनक परिवर्तन देखे जाते हैं। तीव्र शोथी बहुरूपनाभिकीय अतर्स्पदन (मुख्यतः लसकोशिकीय तथा ऊतकोशिकीय प्रकृति का), शोफ और रक्तवाही एवं लसवाही कुंभियों का विस्फारण भी पाया जाता है।

निदान—स्फोटों से पूर्व और उनके साथ दहकती पीडा और गुप्ता में उत्पन्न वस्तिकाओं का रैखिक क्रम (ग्रस्त नर्वों के खडीय वितरण के अनुतीर) कटिवधक विसर्प को सरल विसर्प और चर्मशोण से विभेदित करता है।

चिकित्सा—निम्न दवाएं प्रलिखित की जाती हैं—एटीवीरुमी दवाएं

मेथीसाजोनुम या कूटीजोनुम (तीन से छ दिनो तक नित्य दो या तीन बार एक-एक टिकिया), इटेर्फेरोन, सैलीसीलेट और पीडाहागी (ऐसेटिल सैलीसीलिक अम्ल, अमीडोपीरीन, फेनिलबूटाजोन, रेओपीरीन), विटामिन B₁, B₂, B₆, B₁₂, C स्वरक्त-चिकित्सा, गामा ग्लोबूलिन की सुइया और इटेर्फेरोनोजेन।

निम्न भौतिक उपचारों की सलाह दी जाती है—पराबैंगनी विकिरण, सोल्युक्स, परास्वन, गले की अनुकपी गुच्छिकाओं का अप्रत्यक्ष पारतापन, पारप्रवेगिक विद्युत्-धाराएँ, प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड का विद्युत्प्रवहन, प्रोकेन से वृत्ताकार घेराव, 50 प्रतिशत इटेर्फेरोन से युक्त मलहम का स्वनिक प्रवहन।

तीव्र स्फोटों में महलमो से क्षोभकारी चिकित्सा और स्नान प्रतिसंकेतित है। इस अवधि में चिकित्सा पाउडरो के उपयोग तक सीमित रखी जाती है। प्रतिशोथी व निष्पैठक पेस्ट, क्रीम और मलहम बाद में प्रलिखित किये जाते हैं—1-2 प्रतिशत ओक्सोलीनुम से युक्त मलहम, 0.5 प्रतिशत फ्लोरेनल मलहम, 20-50 प्रतिशत इटेर्फेरोन या इटेर्फेरोनोजेन से युक्त मलहम, अनीलीन रंजकों का 1-2 प्रतिशत टिचर, स्टेरोइड हार्मोनो (ओक्सीकोर्ट, हिओक्सीजोन, डेमोजोलोन, लोरिडेन S) के मेल के साथ-साथ प्रतिजीवकों से युक्त महलम और इमल्शन।

एटीवीरुसी मलहमों (बोनाफ्टोन, गोसीपोल, टेब्रोफेनुम इटेर्फेरोन) के साथ-साथ अनीलीन रंजकों का बाह्य प्रयोग चिकित्सा में लाभकर होता है। स्फोट प्रकट होने पर रोगी को स्नान नहीं करना चाहिए।

निरोध—शरीर को ठंड लगने और गरलता से बचाना चाहिए।

कीलक

हेतुलोचन और गदजनन—कीलक के सभी रूप छन्य चर्मपर्यपी वीरुसो या इनकी अत्यंत निकट की जातियों से होते हैं। रोग छुतहा है। स्वस्थ व्यक्ति में यह रोग रुग्ण व्यक्ति से सीधे संपर्क द्वारा संदूषित वस्तुओं के माध्यम से सक्रमण करता है। रोग विकास को प्रोत्साहन निम्न घटकों से मिलता है—चर्म में चोटज क्षतियाँ, इसकी शुष्कता, इसके जल-वसीय आवरण में pH की कमी, नीलपर्यगता के साथ पनपू नर्वक्लेश या अतिस्वेदन। एक ही स्थल पर कीलकों का क्रमिक स्वरोपण भी पाया जाता है, जिसे वीरुसो की वर्धित विषालुता सप्रेरित करती है। यह माना जाता है कि केंद्रीय नर्वतंत्र रोग के गदजनन में योगदान करता है, पर इसकी भूमिका अभी तक स्पष्ट नहीं है।

इस मान्यता की पुष्टि इस बात से होती है कि अनेक केसो में शब्दाधान (संज्ञेशन) और स्वापन (हाइप्नोसिस) से भी चिकित्सा हो जाती है। अंतर्शयन-काल कुछ सप्ताह से लेकर कई महीनो तक लंबा हो सकता है (यह कृत्रिम आरोपण से

सिद्ध किया गया है। कीलक के कड़ रूप है।

सामान्य कीलक का निम्न कारण मॉलीटोर् वेरूके नामक वीरुस है। यह अधिकांशतः बच्चा तथा युवकों के हाथ-पैर पर होता है; चंहेरे पर अपेक्षाकृत कम होता है।

स्पष्ट परिसीमिन कटोर्, पीडाहीन अर्धगोलाकार क्षतिया उत्पन्न होती है, जो त्वचा में ऊपर उभरी रहती है। वे सामान्य त्वचा के रंग के या भूरी या कथड़ आभा के साथ होते हैं, शोध नहीं होता। इनकी सतह दानेदार और रुखड़ी होती है और सगचना कभी-कभी पार्विक होती है। इनका आकार पिन के सिर से लेकर बाजरे के दाने के बराबर तक हो सकता है। इनकी बड़ी-बड़ी जमघटे बनती हैं, जो बाद में सगम कर जा सकते हैं। तलवों व हथेलियों पर ये त्वचा से बहुत कम उभरे हुए दिखते हैं, उन पर शृणीक्लेश (शृगनता) होती है। कीलकों की संख्या एक से लेकर कई दर्जनों तक हो सकती है।

ऊतगदलोचन—ऊतलोचनी चित्र अतिशृगनता और पिटिकावक्लेश से लंछित होता है।

चिकित्सा—स्वापन के साथ शब्दाधान कारगर सिद्ध होता है। विद्युत्स्कंदन या पारतापीय स्कंदन, खुरचन, त्रिक्लोरो-एसेंटिक अम्ल, ठोस कार्बन-डाई-आक्साइड या द्रव नाइट्रोजन से ठंडा करके जमाना (शीत-चिकित्सा या शीत-विनाश) प्रयुक्त होता है। इटर्फेरोन, कोल्बीसीन 2 प्रतिशत ओक्सोलीनुम, 1-3 प्रतिशत फ्लोरेनल और गोंसीपोल से युक्त मलहम लगाये जाते हैं और क्षतियों का उपचार फाउलर (Fowler) के घोल या फेरेजोल (40 प्रतिशत फेनोल और 60 प्रतिशत त्रिक्रेजोल) से किया जाता है।

चौरस कैशोर्य कीलक बच्चों और किशोरों में ही अधिकांशतः होता है। ये हल्की-सी उभरी हुई, बहुभुज या गोल आधार वाली चौरस कठोर क्षतिया हैं। इनकी सतह चिकनी होती है, आकार बाजरे के दाने से लेकर मसूर के दाने के बराबर तक हो सकता है। कुछ केसों में इनका रंग सामान्य त्वचा जैसा ही होता है, अन्य केसों में पीताभ गुलाबी या पीताभ भूरा होता है। बहुसंख्य चौरस कीलक अक्सर हथेली के पीछे, चेहरे (ललाट) पर, गरदन और प्रबाहु पर फैले होते हैं; एक पंक्ति के रूप में कम ही होती है।

ऊतगदलोचन अतिशृगनता और कंटलय इसकी लंछक विशेषताएं हैं।

निदान सरलता से हो जाता है। इस अवस्था को कभी-कभी चौरस शैवाक से विभेदित करना पड़ता है, जिसमें पिटिकाएं मोम जैसी चमक, केंद्र में नाभि जैसे अवनमन, बैंगनी-लाल रंग और खुजली द्वारा शोथी अतर्प्यदन और आक्रांति-केंद्र के परिसर में ललाभ-बैंगनी सीमारेखा द्वारा लंछित होता है।



सामान्य कीलक

चिकित्सा—स्वापन के साथ शब्दाधान से चिकित्सा और उपयोग होता है। फाउलर का घोल और मैग्नेशिया उस्टा (दो व लिये 0.25-0.5 ग्राम नित्य तीन बार) प्रलिखित किये जाते श्रृंगिघोलक मलहमों से होता है, जिनमे सैलीसीलिक, वैजोइक न और रेसोसिनोल होते है। पराबैंगनी किरणों या बक्की (Bucky) लतामिक खुराकें, इंटर्फेरोन, गोसीपोल, प्रोपोलिस, कोलान्ठे ओक्सोलीनुम और बोनाफ्टोन प्रलिखित किये जाते है।

तलवो के कीलक सामान्य कीलकों का ही एक रूप है। कसना, तलवों में चोटज क्षति और पैरो (गोंडों) का अतिस्वदन सहायक होते हैं। ये कीलक कभी-कभी नख-सेज पर उत्पन्न हो ज कठोर वर्धन से बहुत पीडा होती है। घुटैल होने के कारण चलने है, वे ठेल से मिलते-जुलते होते हैं। वे अक्सर अल्प संख्या मे हो

ऊपर जलन तथा हा नरम व भा रुग्णश पिटिकावता आर अनिशृगनता स ललित होत ह ।

चिकित्सा—द्वय नाइटाजन (जीति-चिकित्सा), कोल्डक्रीम-मलहम और क्षांतियों पर 10 20 पांतिशन भाट पोवोफीलिन घोल लगाने के लिये प्रलिखित किये जाते हे । निम्न क्रमसे धना-धन पलिखित किया जाता है-

Rp Ac salicylic 10

Ac acetic 90

Colloidum elastici 100

MDS बाह्य अनुयोग के लिये

कीलक क मिर्द चर्म पर जिक-पेस्ट लेपा जाता है (आस-पास के ऊतकों की रक्षा के लिये) और कीलक पर 50 प्रतिशत दवाओं (उपर्युक्त) से युक्त कोलाइडी प्रसाधन लगाया जाता है । यह हर तीन-चार दिन मे एक बार दोहराया जाता है । इसके बाद गोड को सोडियम हाइड्रोकार्बोनेट से धोकर कैची की धार से कोलाइडी झिल्ली और मुलायम हो चुका शृंगी द्रव्य दूर किया जाता है । प्रक्रिया तब तक दोहराया जाती है, जब तक कीलक जड़ से समाप्त नहीं हो जाता । तनवे के कीलकों को दूर करने की एक कारगर विधि खुरचना भी है ।

नुकीला (या आर्द्र) कंडाब

यह उन लोगों का होता है, जिन्हे अच्छी तरह सफाई से रहने की आदत नहीं होती । इसके वीरुम मैथुन से भी सप्रेषित हो सकते है ।

सुजाक, ग्रीखोनाट-जनित तथा अन्य मूलों के स्राव रोग के गदजनन मे महत्त्वपूर्ण होते है । नुकीले कंडाब जननेद्रियों और मूलाधार के क्षेत्र में उत्पन्न होते है, विरल केशों मे वे काख में और स्तन के नीचे भी उत्पन्न होते है । नन्हे, मुलायम, नुकीले और गुलाबी कीलक बनते है । जब वे संगम कर जाते हैं, तो पिटिकाविक प्रवर्ध मिलता है, जिसकी सतह फूल-गोभी या रास्पे-देरी जैसी दिखती है । ये प्रवर्ध मसृणित और ग्रणित हो सकते है । कुछ क्षतियों का आधार बहुत सकर होता है, जिसे पादिका कहने है । कडाबों के बीच एक बुरी गंध वाला स्राव भी जमा हो जाया करता है ।

निदान—आर्द्र कडाब को चौरस (सीफिलिक) कडाब से विभेदित करना महत्त्वपूर्ण होता है, जिसमे आधार चौड़ा होता है, सहति कठोर व प्रत्यास्थ होती है, फांकों मे बटा हुआ नहीं दिखता, उनके स्राव मे असख्य त्रेपोनेमा पालीडुमा जीवाणु मिलते हैं । द्वितीयक सीफिलिक चरण के अन्य लक्षण और रक्त की सीरमलॉजनी जांच के धनात्मक परिणाम निदान में सहायक होते है । सीफिलिस के रोगी मे

नुकीले और चौरस कडार्ब दोनों ही एक साथ पाये जा सकते हैं।

चिकित्सा—पारतापीय स्कदन, विद्युन्-चीग, शीत-चिकित्सा और वाल्कमान के तीक्ष्ण चम्मच से खुरचन का उपयोग होता है। नुकीले कडार्ब का पोटेशियम परमेगनेट के तेज घोल, त्रिक्लोरो-एसेटिक अम्ल और 20 प्रतिशत पोटैशियम फ्लोराइड के घोल से जलाया जा सकता है या फेरेजाल (चार भाग फेनोल और छ. भाग त्रिक्लोरो-एसेटिक के मिश्रण) से लेपा जा सकता है। जलाने (दागने) वाले पाउडर (रिमांसिनोल और टैल्कम बराबर-बराबर) तथा कोल्लामाइन-मलहम प्रलिखित किये जाते हैं। नुकीले कडार्ब के विकास को प्रोत्साहित करने वाले घटक दूर किये जाते हैं।

छुतहा मोलुस्क

यह रोग वृहन्नम छन्थ वीरुस मोलीटोर होमीनिस से होता है, जिसका छुतहापन प्रायोगिक तौर पर सिद्ध किया जा चुका है (जब इस रोग की क्षतियों का अतर्स्यद स्वस्थ व्यक्तियों के चर्म में पुनरापेक्षित किये गये)। पैठन रोगी या वीरुसवाहक व्यक्ति से प्रत्यक्ष संपर्क से या उनकी संपर्कित वस्तुओं के माध्यम से प्रसारित होता है। यह रोग बच्चों में अधिक प्रायिक है। बाल-प्रतिष्ठानों में समय-समय पर बहुमारी फैल जाया करती है। अतर्शयन-काल दो सप्ताह से लेकर कई महीनों तक लंबा हो सकता है। मटर के दाने के बराबर और सामान्य त्वचा के रंग की, या गुलाबी-भूरी (मुक्ता-सीप के रंग की) एक पर्विका बन जाती है। यह अर्धगोलाकार होती है, केंद्र में क्रेटर जैसा गड्ढा होता है। अंदर का द्रव्य छेने जैसा होता है, जिसमें सूक्ष्मदर्शी से अवजनित चमकदार अडाकार उपकलीय कोशिकाएँ दिखती हैं, इनमें बड़े-बड़े प्रोटोप्लाज्मिक अंतर्वेश होते हैं (मोलुस्को के काय)। कोई आत्मगत अनुभूति नहीं होती। पर्विका अकेली भी हो सकती है और दर्जनों की संख्या में भी (प्रकीर्णित क्षतियाँ)।

बच्चों में इसके प्रिय स्थल चेहरे पर आँखों के गिर्द, गरदन, वक्ष और हथेलियों के पीछे हैं। वयस्कों में क्षतियाँ अधिकांशतः बाह्य जननेंद्रियों, जघन और पेट पर होती हैं, जो मैथुन से पैठन की संभावना की ओर इंगित करता है। इसके निम्न तल्पक रूप हैं—अम्होरी जैसा छुतहा मोलुस्क, जिसमें असंख्य नन्ही क्षतियाँ उत्पन्न होती हैं; पादिकित छुतहा मोलुस्क, जिसमें डंठलनुमा (पादिकित) क्षतियाँ होती हैं; विशाल मोलुस्क, जिसमें क्षतियाँ सगम करके विशाल हो जाती हैं।

निदान में निम्न लक्षणों से सहायता मिलती है—पर्विका के पार्श्वों को चिमटी से दबाने पर उसके मध्य से सफेद दलिया जैसा छेना-सदृश शृंगी कोशिकाओं का समूह और मोलुस्कों के अंडवत काय निकलते हैं। कीलकों के केंद्र में कोई

अवनमन (गढ़ा) नहीं हाना, मुक्ता-सीप जैसी सतह भी नहीं होती।

चिकित्सा—पर्विका को चिमटे से दबाकर अतद्रव्य निकाल दिया जाता है या तीक्ष्ण चम्मच से खुरचकर दूर कर दिया जाता है। इसके बाद आक्रान्ति-क्षेत्र पर 5-10 प्रतिशत सांद्र नायोडीन-टिचर लेपा जाता है, फिर 3 प्रतिशत ओक्सोलीनुम या इटेपेरोन स चुस्त मन्तम लगाया जाता है। पारतापीय स्कदन और शीन-चिकित्सा भी दी जाती है।

विसर्पी दिनाइ

विसर्पी दिनाइ का कापोसी (Kaposi) का मसूरिकावत स्फोट या टीकावत पीपिकाक्लेश भी कहते हैं। यह ददुग्रस्त (दिनाई से ग्रस्त) बच्चे को बुदबुदियानुमा चोरस शैवाक से पीडित व्यक्ति के संपर्क (ससर्ग) में आने के तीन से सात दिन बाद शुरू होता है। इसकी तल्पिक अभिव्यक्तिया प्रकीर्णित सरल विसर्प जैसी होती है। चर्म के ललामित और शोफित क्षेत्रों पर चत्र-तत्र पिटिकीय-कुंभिक तथा पीपिकीय क्षतिया और एकल-कोष्ठीय वस्तिकाओं के प्रकीर्णित ग्रुप उत्पन्न होते हैं, जिनके मध्य में नाभि जैसा अवनमन होता है। वस्तिकाओं के अपचोषण के बाद सतही क्षताक रह जाते हैं। जननेद्रियों तथा मुख-कोटर की श्लेष्मल झिल्लियां भी अक्सर ग्रस्त हो जाती हैं। स्फोट अचानक तीव्र गरलक्लेश, तेजी से आये ज्वर ($39-40^{\circ}\text{C}$), धुंधली चेतना और यकृत व लसपर्वों के वर्धन के साथ उत्पन्न होते हैं। क्लोमशोथ, छादिकीय कुसंवृत्तियां, मस्तिष्कशोथ, कर्णशोथ, शृगीयुतिकाशोथ (कभी-कभी शृगिका के व्रणन के साथ) और जठरात्र की गडबडिया भी विकसित हो सकती हैं।

ऊतगदलोचन—वस्तिकाओं का स्थान अतराचार्म एव अवचार्म होता है। फुलावयुक्त अवजनन के लक्षण विशिष्ट होते हैं। टीकाजनित दिनाइ के अधिकेंद्र में रिसालु अवजनित कोशिकाए पायी जाती हैं।

कुछ केसों में भविष्यवाणी प्रतिकूल होती है। यदि बच्चा कमजोर और नि शक्त है और आतर अग तथा नर्वतत्र भी गेग-प्रक्रिया की चपेट में आ गये हैं, तो परिणाम घातक भी हो सकता है।

चिकित्सा—अवसवेदक, एटीहिस्टामीनिक व प्रशामक दवाओं तथा विटामिनो (विशेषकर B, व C) से चिकित्सा के साथ-साथ मेथीसाजोन (मार्बोरान) टिकियो (वयस्को के लिए छ दिना तक सुबह-शाम 0.2 ग्राम) या 10 प्रतिशत सांद्र निलबन (वयस्को के लिये एक बड़ा चम्मच नित्य दो बार) के रूप में प्रलिखित किया जाता है 6 वर्ष से ऊपर के बच्चों को मेथीसाजोन का 10 प्रतिशत सांद्र घोल चौथाई या तिहाई मध्यम चम्मच चार दिनों तक सुबह शाम दिया जाता है।

नुकीले और चौरस कडाबं दानों ही एक साथ पाये जा सकते हैं।

चिकित्सा पारतापीय स्कदन विद्यत चीरा शीत चिकित्सा आर वाल्कमान के तीक्ष्ण चम्मच से खुरचन का उपयोग होता है। नुकीले कडाबं का पाटाशियम परमेगनेट के तेज घोल, त्रिक्लोरो-एसेटिक अम्ल और 20 प्रतिशत पांढोफीलिन घोल से जलाया जा सकता है या फेंरजाल (चार भाग फेनॉल और छ भाग त्रिक्रेंजोल के मिश्रण) से लेपा जा सकता है। जलाने (दागने) वाले पाउडर (रिसोर्सिनोल और टैल्कम बराबर-बराबर) तथा कोल्डक्रीम-मलहम प्रलिखित किये जाते हैं। नुकीले कडाबं के विकास को प्रोत्साहित करने वाले घटक दूर किये जाते हैं।

छुतहा मोलुस्क

यह रोग वृहन्म ठन्य वीरुस मोलीटोर होमीनिस से होता है, जिसका छुतहापन प्रायोगिक तौर पर सिद्ध किया जा चुका है (जब इस रोग की क्षतियों का अतर्स्यद स्वस्थ व्यक्तियों के चर्म में पुनरारोपित किये गये)। पैठन रोगी या वीरुसवाहक व्यक्ति से प्रत्यक्ष संपर्क से या उनकी सद्पित वस्तुओं के माध्यम से प्रसारित होता है। यह रोग बच्चों में अधिक प्रायिक है। बाल-प्रतिष्ठानों में समय-समय पर बहुमारी फैल जाया करती है। अतर्शयन-काल दो सप्ताह से लेकर कई महीनों तक लंबा हो सकता है। मटर के दाने के बराबर और सामान्य त्वचा के रंग की, या गुलाबी-भूरी (मुक्ता-सीप के रंग की) एक पर्विका बन जाती है। यह अर्धगोलाकार होती है, केन्द्र में क्रेटर जैसा गड्ढा होता है। अंदर का द्रव्य छेने जैसा होता है, जिसमें सूक्ष्मदर्शी से अवजनित चमकदार अंडाकार उपकलीय कोशिकाएँ दिखती हैं, इनमें बड़े-बड़े प्रोटोप्लाज्मिक अंतर्वेश होते हैं (मोलुस्कों के काय)। कोई आत्मगत अनुभूति नहीं होती। पर्विका अकेली भी हो सकती है और दर्जनो की संख्या में भी (प्रकीर्णित क्षतियाँ)।

बच्चों में इसके प्रिय स्थल चेहरे पर आखों के गिर्द, गरदन, वक्ष और हथेलियों के पीछे हैं। वयस्कों में क्षतियाँ अधिकांशतः बाह्य जननेद्रियाँ, जघन और पेट पर होती हैं, जो मैथुन से पैठन की संभावना की ओर इंगित करता है। इसके निम्न तत्त्विक रूप है—अम्हौरी जैसा छुतहा मोलुस्क, जिसमें असंख्य नन्ही क्षतियाँ उत्पन्न होती हैं; पादिकित छुतहा मोलुस्क, जिसमें डठलनुमा (पादिकित) क्षतियाँ होती हैं; विशाल मोलुस्क, जिसमें क्षतियाँ सगम करके विशाल हो जाती हैं।

निदान में निम्न लक्षणों से सहायता मिलती है—पर्विका के पार्श्वों को चिमटी से दबाने पर उसके मध्य से सफेद दलिया जैसा छेना-सदृश शृंगी कोशिकाओं का समूह और मोलुस्को के अडवत काय निकलते हैं। कीलकों के केन्द्र में कोई

अवजनमन (गर्दा) नष्ट होता, मुक्ता-साप जैसी सनह भी नहीं होती।

चिकित्सा—रगत का रंग चिमटे से दवाकर अतर्द्रव्य निकाल दिया जाता है या तीक्ष्ण चम्मच से खुरचकर दूर कर दिया जाता है। इसके बाद आक्रान्ति-क्षेत्र पर 5-10 प्रतिशत सांद्र आक्टोर्बेन टिचर लगाया जाता है, फिर 3 प्रतिशत ऑक्सोलीनुम या इटर्फेरेन से युक्त मलमल लगाया जाता है। पारतापीय स्कंदन और शीत-चिकित्सा भी दी जाती है।

विसर्पी दिनाइ

विसर्पी दिनाइ का कार्पोमी (Kaposi) का मसूरिकावत स्फोट या टीकावत पीपिकावर्णन भी कहते हैं। यह दृढग्रस्त (दिनाइ से ग्रस्त) बच्चे को बुदबुदियानुमा चोरस शैवाक से पीड़ित व्यक्ति के सपर्क (ससर्ग) में आने के तीन से सात दिन बाद शुरू होता है। इसकी तल्पक अभिव्यक्तिया प्रकीर्णित सरल विसर्प जैसी होती है। चर्म के लम्बामिन और शोफित क्षेत्रों पर यत्र-तत्र पिटिकीय-कुंभिक तथा पीपिकीय क्षतिया और एकल-कोष्ठीय वस्तिकाओं के प्रकीर्णित गुण उत्पन्न होते हैं, जिनके मध्य में नाभि जैसा अवजनमन होता है। वस्तिकाओं के अपचोषण के बाद सतही क्षताक रह जाते हैं। जननेन्द्रियों तथा मुख-कोटर की श्लेष्मल झिल्लिया भी अक्सर ग्रस्त हो जाती हैं। स्फोट अचानक तीव्र गरलक्लेश, तेजी से आये ज्वर ($39-40^{\circ}\text{C}$), धुधली चेतना और चकृत व लसपर्वों के वर्धन के साथ उत्पन्न होते हैं। क्लोमशोथ, छाटिकीय कुसंवृत्तियां, मस्तिष्कशोथ, कर्णशोथ, शृंगियुक्तिकाशोथ (कभी-कभी शृंगिका के व्रणन के साथ) और जठरांत्र की गड़बड़िया भी विकसित हो सकती हैं।

ऊतगदलोचन—वर्मिकाओं का स्थान अंतराचार्य एवं अवचार्य होता है। फुलावयुक्त अवजनन के लक्षण विशिष्ट होते हैं। टीकाजनित दिनाइ के अधिकेंद्र में रिसालु अवजनित कार्शिकाए पायी जाती हैं।

कुछ केसों में भविष्यवाणी प्रतिकूल होती है। यदि बच्चा कमजोर और नि शक्त है और आंतर अंग तथा नर्वतंत्र भी रोग-प्रक्रिया की चपेट में आ गये हैं, तो परिणाम घातक भी हो सकता है।

चिकित्सा—अवसंवटक, एंटीहिस्टामीनिक व प्रशामक दवाओं तथा विटामिनो (विशेषकर B₁ व C) से चिकित्सा के साथ-साथ मेथीसाजोन (मार्बोरोन) टिकियो (वयस्को के लिए छ. दिनों तक सुबह-शाम 0.2 ग्राम) या 10 प्रतिशत सांद्र निलबन (वयस्को के लिये एक बड़ा चम्मच नित्य दो बार) के रूप में प्रलिखित किया जाता है 6 वर्ष से ऊपर के बच्चों को मेथीसाजोन का 10 प्रतिशत सांद्र घोल चौथाई या तिहाई मध्यम चम्मच चार दिनों तक सुबह शाम दिया जाता है



टीकाक्लेश

बच्चे के लिये मारबोरेन की एक खुराक 0.04 ग्राम प्रति किलोग्राम (चार दिनों तक हर छठ घंटे पर दी जाती है। कई कोर भी ठीक हो जाते हैं, जिन्हें प्रतिजीवकों (ओलेटेड्रिन, सेपोरिन और नेबूलिन के साथ दिया जाता है। अनीलीन रजक और हेलेरीथ्रोमीसिन के मलहम बाह्य उपचार के लिये प्रयुक्त होते हैं।

निरोध—सरल विसर्प से ग्रस्त व्यक्तियों को बच्चे की देखभाल चाहिए।

चेचक जसा अक्सर असमाप्त श्वेत या उत्पन्न होती है, जिनके केंद्रों में एक गड्ढा-सा होता है, इनके बाह्य श्वेत नहीं रहता। क्षतिया पहले टीका (पाउ) के स्थल पर उत्पन्न होती हैं जो बाद में परकीर्णित हो सकती हैं। कभी-कभी मुँह और जननेन्द्रियों की श्लेष्मल झिल्लियाँ और पुत्तिका भी ग्रस्त हो जाती हैं। लसपर्व या तो परिस्पर्शित नहीं होना, या बहुत हल्का-सा वर्धित होते हैं। रोग के साथ-साथ थोड़ा बुखार भी रहता है, लेकिन सामान्य अवस्था कापोसी के मसूरिकावत स्फोटों की तरह नहीं गडबडाती है।

चिकित्सा—गामा ग्लानुलिन की सुइया, प्रतिजीवक (ओलेटेट्रिन और ओमीसिन, संपेगिन, एंग्थोमीमिन) और मेथोसाजॉन प्रलिखित लिये जाते हैं।

भग का तीव्र व्रण

लिपशोयेट्स-चापिन द्वारा निरूपित भग का तीव्र व्रण अधिकांशतः युवा लड़कियों व स्त्रियों का होता है। इसका कारण डेडरलेइन (Doederlein) द्वारा वर्णित यौनिक वासिल (वासिलुस क्रासुस) है, जो सामान्य परिस्थितियों में यौनिक श्लेष्मला का कुणपतृण है (अर्थात् वह यौनिक श्लेष्मला की मृत कोशिकाओं), उनके अपघटन के उत्पादों से अपना पोषण करने वाला सूक्ष्म उद्भिज है। व्रण के पूयिक स्त्राव में अनेक मोटे ग्राम-धनात्मक छड़ दिखते हैं, जिनका सिरा उच्छेदित शंकु की तरह होता है; ये ग्राम की विधि से या मेथीलेन नीले से रजित होते हैं।

गदजनन—यह माना जाता है कि ठंड लगने से या पैठनजनित रोग के कारण जब लड़कियाँ या स्त्रियों का शरीर कमजोर हो जाता है, तब डेडरलेइन के वासिल कुणपतृण से गदजनक रूप में परिणत हो जाते हैं। वर्धित परोर्जिक संवेदिता और इस निमित्त जीवाणु के प्रति शरीर का सवेदीकरण भी रोग-प्रक्रिया को प्रोत्साहित करते हैं (रोगी में वासिलुस क्रासुस की टीका से अंतर्चर्म परीक्षण और प्रतिक्रिया का पूरक स्थिरकरण अक्सर धनात्मक होते हैं)।

तल्पिक चित्र—रोग का आरंभ अचानक होता है और प्रवाह तीव्र होता है, यह कुछ दिनों से लेकर दो सप्ताह तक चल सकता है। इसमें भग एव भगोष्ठों की श्लेष्मल झिल्लियाँ शोफित और लाल होती हैं और उन पर अत्यंत पीड़ाजनक विमृत्तिक व्रण बन जाते हैं। व्रण सतही होते हैं, आधार मुलायम होता है, किनारिया सुरंगित होती हैं और तली से सीरमी-पूयिक भूराभ पीला स्त्राव होता है। एक या कई व्रण उत्पन्न हो सकते हैं। शरीर का तापक्रम ऊँचा पाया जाता है, कपकपी होती है। व्रणों का शीघ्र ही उपकलाकरण और (व्रण) पूरण होने लगता है; इसके बाद खट्टी अलग होती है। क्षताक सतही और सूक्ष्म होते हैं। रोग छुटका नहीं है।

निदान—क्षतियों की अतिकोमलता और आयुरी वृत्त में मैथुन-घटना की

अनुपस्थिति से क्योंकि राग छाटी और कुमारी लडाक्या को होता है) इस रोग का मुलायम एवं कठोर कठव्रण और सीफिलिस के द्वितीयक चरण की अपरदेत पिटिकाओं से विभेदित किया जा सकता है। मुलायम कठव्रण और सीफिलिस के अन्य लक्षणों और प्रयोगशालीय परीक्षण (सूक्ष्म-दृशन और सीरमलोचनी परीक्षण) के परिणामों का भी निदान में उपयोग होता है।

गठिक्लेशिक व्रण अक्सर अकेले (अलग-थलग) होते हैं, उनका प्रवाह चिरकालिक होता है, कोई तीव्र संवृत्ति नहीं होती। उनके स्राव में मी. यक्ष्मा अनुवेदित होते हैं। पिरके (Pirquet), माटो (Montoux) और कोख (Koch) के परीक्षण धनात्मक परिणाम देते हैं।

जननेद्रियों पर चौरस शैवाक के विभेदक लक्षण है—ग्रुपों में उत्पन्न वस्तिकाओं के फटने पर क्षतियों की सूक्ष्म बहुचर्क्रीय परिरेखाएँ और अपरदन का तेजी से उपकलाकरण। जननेद्रिय पर पुनरावर्ती सरल विसर्प के रोगी अक्सर कोई पीड़ा नहीं महसूस करते।

चिकित्सा—पेनीसिलिन, सेपोरिन, सिग्मासीसिन, ओलेटेट्रिन, टेट्राओलेइन तथा एरीथ्रोमीसिन अक्सर स्वरक्त-चिकित्सा या गामा ग्लोबूलिन सुइयों के साथ प्रलिखित किये जाते हैं (अंतिम की आधी खुराक की सुई तीन दिनों में एक बार दी जाती है, कुल सुइयाँ तीन या चार होती हैं)। शरीर को विटामिन ए और बी-सकुल से सतृप्त रहना चाहिए। अवसंवेदक तथा एंटीहिस्टामिनिक साधन और कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन नन्ही खुराकों में दिये जाते हैं, यदि स्पष्ट तीव्र शोथी प्रतिक्रिया और कुटाली प्रवाह प्रेक्षित होता है।

अत्यंत शोथी प्रतिक्रिया और तीव्र कोमलता की स्थिति में बाह्य उपचार के साधन प्रलिखित किये जाते हैं—शीतलकारी लोशन (बोरिक अम्ल का 2 प्रतिशत या सिल्वर नाइट्रेट का 0.25 प्रतिशत घोल) लगाया जाता है और इसके बाद जड़ी-बूटी (गुलदाउदी, गंदा, सत जोन के वर्ट, सहस्रपणा) के काढ़े के घोल में या पोटेशियम परमैंगनेट के हल्के घोल में कटिस्नान कराया जाता है। डेर्माटोल-युक्त पाउडरो या लोकाकोर्टेन अथवा हिओक्सीजोन के मलहम के साथ समान मात्रा में केलेडुला का मलहम मिलाकर स्नान के बाद लगाया जा सकता है।

जीनचर्मक्लेश या विरासती चर्मरोग

सामान्य सूचनाएं

कुछ चर्मक्लेशों के विकास में आनुवंशिक घटकों की भूमिका को सिद्ध करने वाले केसों तथा खानदानी चर्मरोगों के वर्णन तत्पिक चर्मलोचन में बहुत पहले से

संचित होत रहें हैं, नभी में, जब आयुर् जतिकी आयुर् की स्वतंत्र शाखा के रूप में अलग भी नहीं हुई थी। सबसे पहले मीनचर्मता से ग्रस्त रोगियों का वंशवृक्ष ज्ञात हुआ था, यह राग वंश की कई सततियों के लोगों में पाया गया। पिछली शती के अंत में मंडेल द्वारा आनुवंशिक सततियों में प्रबल एवं अवगामी (क्षीण) विशेषताओं के प्रकट होना के नियम की सहायता से ऐसी जतिकीय रीतिया प्राप्त हुई, जिनसे अनेक चर्मरोगों के विकास में आनुवंशिकता की भूमिका स्पष्ट की जा सकी। ये रीतिया हैं—रागी के वंशवृक्ष का अध्ययन (वंश में किसे-किसे विचाराधीन रोग हुआ है), जुड़वे बच्चों का अध्ययन (एकयुग्मी और द्वियुग्मी यमजों में चर्मलोचनी गदलोचन का अध्ययन) और कोशिका-जतिकीय अध्ययन (कैरिओटाइप और सेक्स ख्रोमाटिन की रज्यकाय-सचियों का अध्ययन) और चर्मलेखों (मुख्यतः हथेलियों पर पिटिकाय मंडों—घाइयों के नमूनों) का अध्ययन। इन खोजों के आधार पर कुछ चर्मरोगों को सामान्य चर्म गदलोचन की श्रेणी से अलग स्थान दिया गया (जीनीय चर्मक्लेश या जीनचर्मक्लेश) और यह स्थापित किया जा सका कि आनुवंशिक चर्मक्लेश जीन में उत्परिवर्तन से उत्पन्न होते हैं; उनके विरासतन के तथ्य और प्रकार भी स्थापित किये गये।

पिछले समय से जतिकीय खोज-रीतियों का भंडार काफी बढ़ा है; इसका कारण है जतिकी का विकास, जिससे जीन की भौतिक संरचना और विरासतन की प्रक्रिया को निर्धारित करने वाले उसके रासायनिक एवं भौतिकीय गुण ज्ञात हुए हैं। आण्विक जतिकी, इमूनो-जतिकी जैसी नवीन शाखाएं उत्पन्न हुईं। इनमें एजाइमो, नुक्लेइक अम्ल के विनिमय तथा शरीर में द्रव्य-विनिमय के अन्य उत्पादों की उत्पत्ति और कार्यों में गड़बड़ी लाने वाली सामान्य परिस्थितियों का अध्ययन होता है। आधुनिक चर्मलोचन में चर्मक्लेशों और उनके प्रति जन्मजात (विरासती) प्रवणता के अध्ययन में जतिकीय विधियों का विस्तृत उपयोग हो रहा है।

जीनचर्मक्लेश रोगी के पूर्वजों की जननकोशिका में उत्परिवर्तन के फलस्वरूप उत्पन्न होते हैं, फिर भी उत्पत्तिगत जीन की उपस्थिति को सिद्ध करना और वंश में उसके प्रसार-पथ को ज्ञात करना हर मूर्त केस में संभव नहीं होता। इसके कारण हैं—आदमी में नये उत्परिवर्तनों का उत्पन्न होना (जो पहले नहीं थे) और परिवार में अवगामी प्रकार के सदस्यों की संख्या कम होना। इसके अतिरिक्त, विरासती चर्मक्लेश जन्म से नहीं व्यक्त होते—उनका जन्मजात होना आवश्यक नहीं है और जन्मजात चर्मरोग का आनुवंशिक (विरासती) होना भी आवश्यक नहीं है। जन्मजात चर्मरोग विरासती भी हो सकते हैं और अकुर-रुग्णता (गर्भधारण के चौथे सप्ताह से लेकर चौथे-पांचवें महीने तक की अवधि में भ्रूण में जीवाणु-पैठन के कारण या गर्भधारण के चौथे-पांचवें महीने से तक की

अवधि में पैठन) के कारण भी हो सकता है। (अंकुर, embryo) और भ्रूण, foetus में अंतर करना आजकल आयुर्वेद-साहित्य में गलत माना जाता है।—अनु.)

भावी चर्मलोचको का धाद रखना चाहिए कि एक आविर्भूत (या मिथ्या उत्परिवर्तन) नामक रोग भी है, जिसमें बाह्य घटकों के प्रभाव से कोई जीन किसी उत्परिवर्तन-विशेष की 'नकल' करने लगता है, फलस्वरूप तल्पिकन विरासती रोग से मिलते-जुलते रोग उत्पन्न होते हैं, जैसे तारुणिक या सुदम काला कटक्लेश (वर्णक-पिटिकीय कुपोषण का विरासती सुदम रूप) और दुर्दम काला कटक्लेश (अविरासती दुर्दम वर्णक-पिटिकीय कुपोषण)। जीननकल का अस्तित्व भी संभव है, ये ऐसे विरासती रोग हैं, जो तल्पिक लक्षणों में एक-दूसरे की नकल करते हैं, लेकिन भिन्न उत्परिवर्तित जीनों से उत्पन्न होते हैं (जैसे स्वाकायिक प्रबल और एक्स-सपर्की अवगामी मीनचर्मता)।

विरासती चर्मक्लेशों में रज्यकायिक विषयन (रज्यकायों की संख्या और संरचना में परिवर्तन) नियमित नहीं मिलता है। अधिकांश जीनचर्मक्लेश जैतिकीय उपकरण में अपेक्षाकृत सूक्ष्म परिवर्तनों, अर्थात् जीन में उत्परिवर्तन से उत्पन्न होते हैं; इन उत्परिवर्तनों के परिणाम (द्रव्य-विनिमय की प्रक्रिया में परिवर्तन, खमीरी रुग्णता खमीरों के कार्य या उत्पादन में गड़बड़ी आदि) जीवरासायनिक परीक्षणों से ज्ञात हो जाते हैं।

फिर भी वर्तमान ज्ञान के आधार पर जैतिकीय कारणों से उत्पन्न खमीरी दोष ज्ञात करने के प्रयत्न जीनचर्मक्लेश के अनेक रोगियों में असफल रहे। वर्तमान समय में सभी जीनचर्मक्लेशों का वर्गीकरण या तो रूपलोचनी आधार पर होता है (शृगणता की गड़बड़ी, वर्णकीय, बुल्लेदार आदि) या विरासतन प्रकार के अनुसार (स्वकायिक, प्रबल, अवगामी आदि)।

विरासती शृंगीक्लेश

मीनचर्मता—इस शब्द से करीब दर्जन भर अवस्थाओं को घोटित किया जाता है, जो तल्पिकता तो समान होते हैं, पर रोगलोचनी रूप से भिन्न होते हैं, ये अवस्थाएँ शृगण-प्रक्रिया में सामान्य गड़बड़ियों से उत्पन्न होती हैं। कुछ में तो चर्म की आक्रांति के साथ-साथ विभिन्न आंतर अंगों और तंत्रों की भी गड़बड़ियों के उन्हीं रूपों का वर्णन करेंगे, जो चर्मलोचनी अनुशीलन में अवसर मिला करते हैं।

सामान्य मीनचर्मता—यह स्वकायिक प्रबल प्रकार से विरासतित होता है। रोग की अभिव्यक्ति एक से चार वर्ष की उम्र से शुरू होती है, 10 वर्ष की उम्र में चर्मोत्कर्ष पर होती है और पूरे जीवन भर बनी रहती है; सिर्फ यौन परिपक्वता के समय और गर्मियों में कुछ ठीक होती है। प्रक्रिया प्रकीर्णित प्रकृति की होती है

चर्म शुष्क और मोटी हो जाती है, शल्कन होता है (ललामी के बगैर)। मशिकीय शृगन अक्सर प्रेक्षित होता है। स्वेदक और वगाल ग्रथियों की क्रियाशीलता बहुत मंद हो जाती है, यहां तक कि बिल्कुल रुक भी जा सकती है। आक्रांति के मुख्य स्थल हैं—हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहें (कोहनी, घुटने), गुल्फ जहां शृगी द्रव्य की अच्छी-खासी परत होती है और पीठ (मुख्यतः त्रिकास्थि का क्षेत्र)। ललाट और गाल की त्वचा वचपन में आक्रांत हो सकती है, पर बाद में शल्कों से मुक्त हो जाती है। अतरानितविक तथा संधिक पुटको, काख और जघामूल के क्षेत्र में और जननेद्रिय पर यह रोग नियमित नहीं होता। सामान्य मीनचर्मता की तीव्रता के अनुसार शल्को के आकार और रंग बदलते रहते हैं—नन्ही, पतली, सफेद भूसी की तरह से लेकर चौड़े, बड़े और काले।

चर्म की शुष्कता और शृगी परतो व शल्को के संचय और प्रकार के अनुसार सामान्य मीनचर्मता के कई तत्त्विक रूपों में भेद किया जाता है। चर्मशुष्कता सबसे हल्का रूप है, जिसमें चर्म शुष्क रहता है और शल्कन भूसी की तरह होता है। सरल मीनचर्मता में ये पटलित शल्क होते हैं, जो मोटे हो चुके, शुष्क, कड़े और रुक्ष चर्म के साथ जुड़े रहते हैं। चमकदार मीनचर्मता में शृगी द्रव्य बहुत अधिक संचित हो जाते हैं—मुख्यतः हाथ-पैर पर, लोमकूपों (लोममशिकाओं) के मुहानों में। शल्कों में मुक्ता-सीप जैसी एक विशेष चमक होती है। क्षतिया कभी-कभी फीतो के रूप में स्थित होती हैं, इसीलिये सांप के शल्क से मिलती-जुलती होती हैं। ये शल्क अपेक्षाकृत अधिक मोटे, अधिक शृंगित और गहरे काले रंग के होते हैं, इनमें गहरी घाड़िया होती हैं (सर्पवत मीनचर्मता)। अंत में, सामान्य मीनचर्मता का बहुत ही विख्यात रूप है—साहीनुमा मीनचर्मता। इसमें शृगी द्रव्य के मोटे काटे जैसे भाग त्वचा से 5-10 मिलीमीटर ऊपर उभरे रहते हैं और कुछ सीमित चर्मक्षेत्रों पर साही के कांटों की याद दिलाते हैं, विशेषकर हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर। बाल और रोएं भी शुष्क, पतले और विरले हो जाते हैं। नख भंगुर और पतले हो जाते हैं या (अधिकांशतः) मोटे हो जाते हैं।

मीनचर्मता के हल्के रूप से ग्रस्त रोगियों की सामान्य अवस्था काफी सतोषजनक होती है, रोग से उन्हें कोई परेशानी नहीं होती। तीव्र मीनचर्मता से ग्रस्त बच्चों का शारीरिक विकास बहुत मंदित हो जाता है। विभिन्न पैठनों के विरुद्ध शरीर की प्रतिरोधिता कम हो जाती है, बच्चों में चर्मपूयता, क्लोमशोथ और कर्णशोथ के विकास की प्रवृत्ति दिखने लगती है, जो घातक भी हो सकते हैं।

ऊतगदलोचन—अतिशृगनता के साथ-साथ अक्सर कण्ठमय परत भी मोटी हो जाती है। लेकिन हल्की मीनचर्मता परत का आंशिक या पूर्ण लोप हो जाता है। बड़े-बड़े मशिकीय केराटिनी (केराटोटिक शृंगिक) प्लग नजर आते हैं। यह सब

सरल मीनचर्मता के लिये लच्छक है। प्लगो द्वारा उत्पन्न दाव मशिकाओ और वपा-ग्रंथियों के निचले भाग में कुपोषण शुरू हो जाता है। मालपीगी परत पतली हो जाती है। सुचर्म में बहुत कम मात्रा में परिकुम्भिक लसकोशिकय अतस्पर्दन देखा जा सकता है। कोलाजनी रेशो का काचरकरण और रजतप्रेमी रेशो का (स्वेद-ग्रंथियों और लोमहर्षक पेशियों के गिटी) मोटा होना सुचर्म की गहरी परतो में प्रेक्षित होता है। सामान्य मीनचर्मता के सभी रूपों में रूपलोचनी परिवर्तन सिर्फ मात्रात्मक होते हैं, गुणात्मक नहीं।

निदान—सामान्य मीनचर्मता के तल्पिक और रूपलोचनी निदान में कोई कठिनाई नहीं होती। चर्मशुष्कता के निदान में एक सहायक रीति प्रयुक्त होती है—स्पैचुला से त्वचा पर रेखा खींचने पर भूसी जैसा शल्कन आटे की तरह सफेद पट्टी के रूप में प्रकट होता है। इसके अतिरिक्त, हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों तथा नितंबों पर पिन के स्त्रिजितनी बड़ी गठिकाएँ नजर आती हैं, जिनका रंग भूरा या हल्का गुलाबी (कभी-कभी नीली आभा के साथ) होता है। चमकदार मीनचर्मता में शल्को का मध्य भाग गाढ़े रंग का होता है, किनारियाँ कुछ उभरी होती हैं और हल्के रंग की होती हैं, क्योंकि वे विलगित होने की दशा में होती हैं। इससे इसे लोम-शैवाक से विभेदित किया जा सकता है, जिसमें हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर बाजरे जैसी रुक्ष पिटिकाएँ पायी जाती हैं; इनका रंग सामान्य चर्म की तरह या हल्का लाल होता है। इन पिटिकाओं का शीर्ष शृंगी शल्क से बना होता है, जो मशिकाओं के फूले मुहानों में कसकर फंसे होते हैं। काटल शैवाक लोमकूपों के मुहानों में नन्हे शृंगिक उभारों द्वारा लक्षित होता है; उभार कुछेक मिलीमीटर ऊँचे होते हैं; उभार के भीतर अक्सर टूटा हुआ और स्प्रिंग की तरह ऐंठा हुआ लोम मिलता है।

जटिकीय कारणों से उत्पन्न सामान्य मीनचर्मता को अर्जित मीनचर्मता से विभेदित करना चाहिए। यह विशेष महत्वपूर्ण है, क्योंकि रोग शुरू होने के समय निदान का विशेष लक्षण हमेशा नहीं होता। विरासती मीनचर्मता प्रथम बार कभी-कभी वयस्क उम्र में व्यक्त होती है, जबकि अर्जित मीनचर्मता बच्चों को भी हो सकती है (कभी-कभी इसके साथ अकुराबिक उत्वर्ध भी होता है, जिसे लसकणार्वाक्लेश या लसक्रव्यार्ब कहते हैं)। अर्जित मीनचर्मता कुष्ठ और विटामिन ए की प्राथमिक एवं द्वितीय कमी से युक्त पोषणात्मक गड़बड़ियों के साथ भी हो सकती है।

चिकित्सा की कारगरता बहुत हद तक मीनचर्मता के प्रकार पर निर्भर करती है। इसके लिये रोग के तल्पिक लक्षण स्पष्ट होने चाहिए। लंबे समय तक विटामिन ए का प्रयोग सुसंकेतित है—20-30 (बच्चों के लिये 10-15) बूंद सांद्रित विटामिन ए भोजन से पहले या भोजन के समय भूरी रोटी 'राई रोटी' के टुकड़े पर दिन में तीन बार करीब चार से छ सप्ताह तक दिया जाता है बाद में

चिकित्सा कई बार दोहराया जाती है। अतर्पेशीय सुई के लिये विशेष रूप से निर्मित विटामिन ग से अधिक लाभ होता है। तैल में इसका घोल 0.5 मिलीलीटर (50000U) की मात्रा में सुई द्वारा एक दिन बीच देकर आधान कराया जाता है (प्रथम दो से चार सुइयों) और इसके बाद खुराक 1.0 मिलीलीटर तक बढ़ायी जाती है, पूरी चिकित्सा 15 से 20 सुइयों द्वारा होती है। बेहतर आत्मसातन के लिये विटामिन A के साथ विटामिन ड भी देना वाछनीय है—दिन में एक बार एक मध्यम चम्मच मुखमार्ग से, या अतर्पेशी सुई से (एरिविट, 1.0 मिलीलीटर की सुई नित्य या एक दिन बीच देकर, कुल 20 बार)। एविट की भी सलाह दी जाती है, यह तैल घोल है जिसके 1.0 मिलीलीटर में करीब 100000U (35 मिलीग्राम) विटामिन A और 100 मिलीग्राम विटामिन ई होता है। अतर्पेशीय सुई नित्य या एक दिन बीच देकर दी जाती है (कुल 20 से 30 सुइया; एविट की सुइया कुछ दर्दनाक होती है) या इस प्रसाधन का एक कैप्सूल दिन में दो या तीन बार दिया जाता है।

लोहे, फीटिन, कैल्सियम आदि के प्रसाधन मीनचर्मता के रोगियों को अक्सर बलवर्धक चिकित्सा के रूप में निर्दिष्ट किये जाते हैं। विटामिन बी-संकुल और गामा ग्लोबूलिन की सुइया दी जाती हैं, रक्तचिकित्सा प्रयुक्त की जाती है। तीव्र केसों की चिकित्सा स्टेरोइड हार्मोनों से की जाती है, चर्मपूयता होने पर साथ में प्रतिजीवक भी दिये जाते हैं। थिरोइडिन की नन्हीं खुराकें (बच्चों की—0.01-0.02 ग्राम दिन में एक या दो बार और बड़ों की—0.03-0.05 ग्राम दिन में एक या दो बार) 15 से 20 दिनों तक निर्दिष्ट की जाती है—ढालवत ग्रंथि की अवक्रिया-अवस्था में जिससे द्रव्य-विनिमय की प्रक्रिया मद होने लगती है।

निम्न युक्ति से भी लाभ होता है—38-39°C तक गर्म पानी से स्नान के बाद चर्म को मुलायम करने वाला कोई मलहम या क्रीम लगाना, जिसमें 1 प्रतिशत सैलीसिलिक अम्ल मिलाते हैं या 0.25 प्रतिशत पौलीविटामिन-लवण से युक्त कोई मलहम या क्रीम लगाना (ताकि शल्क अच्छी तरह अलग हो जाया करें)। सल्फरकृत हाइड्रोजन के पानी या समुद्र-जल में स्नान, खनिज-स्रोतों का पक लेपना आदि भी सुसंकेतित हैं।

भविष्यवाणी—सामान्य मीनचर्मता के हल्के रूपों में युक्तिसंगत चिकित्सा से काफी अच्छी सफलता मिल सकती है। लंबे समय तक विटामिन ए से चिकित्सा, जल-चिकित्सा, तेलों का लेप (विटामिन से युक्त क्रीम, वनस्पति तैल, आसवित जल के साथ समान मात्रा में लानोलिन मिलाकर, स्पेर्मासेटी क्रीम, लार्ड, कभी-कभी 0.25-0.5 प्रतिशत सोडियम क्लोराइड से युक्त क्रीमों का उपयोग) रोग को उग्र होने से रोकता है। तीव्र प्रवाह में कम अनुकूल होती है।

सरल मीनचर्मता के लिये लच्छक हैं। प्लगो द्वारा उत्पन्न दाब मशिकाओं और वपा-ग्रथियों के निचले भाग में कुपोषण शुरू हो जाता है। मालपीगी परन्तु पतली हो जाती है। सुचर्म में बहुत कम मात्रा में परिकुम्भिक लसकोशिकय अतस्पर्दन देखा जा सकता है। कोलाजनी रेशों का काचरकरण और रजतप्रेमी रेशों का (स्वेद-ग्रथियों और लोमहर्षक पेशियों के गिर्द) मोटा होना सुचर्म की गहरी परतो में प्रक्षिप्त होता है। सामान्य मीनचर्मता के सभी रूपों में रूपलोचनी परिवर्तन सिर्फ मात्रात्मक होते हैं, गुणात्मक नहीं।

निदान—सामान्य मीनचर्मता के तल्पिक और रूपलोचनी निदान में कोई कठिनाई नहीं होती। चर्मशुष्कता के निदान में एक सहायक रीति प्रयुक्त होती है—स्पर्शुला से त्वचा पर रेखा खींचने पर भूसी जैसा शल्कन आटे की तरह सफेद पट्टी के रूप में प्रकट होता है। इसके अतिरिक्त, हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों तथा नितबों पर पिन के स्त्रिजितनी बड़ी गठिकाएं नजर आती हैं, जिनका रंग भूरा या हल्का गुलाबी (कभी-कभी नीली आभा के साथ) होता है। चमकदार मीनचर्मता में शल्को का मध्य भाग गाढ़े रंग का होता है, किनारियां कुछ उभरी होती हैं और हल्के रंग की होती हैं, क्योंकि वे विलगित होने की दशा में होती हैं। इससे इसे लोम-शैवाक से विभेदित किया जा सकता है, जिसमें हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों पर वाजरे जैसी रुक्ष पिटिकाएं पायी जाती हैं; इनका रंग सामान्य चर्म की तरह या हल्का लाल होता है। इन पिटिकाओं का शीर्ष शृंगी शल्क से बना होता है, जो मशिकाओं के फूले मुहानों में कसकर फसे होते हैं। कांटल शैवाक लोमकूपों के मुहानों में नन्हे शृंगिक उभारों द्वारा लक्षित होता है; उभार कुछेक मिलीमीटर ऊंचे होते हैं, उभार के भीतर अक्सर टूटा हुआ और स्प्रिंग की तरह ऐंठा हुआ लोम मिलता है।

जंतिकीय कारणों से उत्पन्न सामान्य मीनचर्मता को अर्जित मीनचर्मता से विभेदित करना चाहिए। यह विशेष महत्त्वपूर्ण है, क्योंकि रोग शुरू होने के समय निदान का विशेष लक्षण हमेशा नहीं होता। विरासती मीनचर्मता प्रथम बार कभी-कभी वयस्क उम्र में व्यक्त होती है, जबकि अर्जित मीनचर्मता बच्चे को भी हो सकती है (कभी-कभी इसके साथ अंकुराबिक उत्पर्ध भी होता है, जिसे लसकणार्वाक्लेश या लसक्रव्यार्ब कहते हैं)। अर्जित मीनचर्मता कुष्ठ और विटामिन ए की प्राथमिक एवं द्वितीय कमी से युक्त पोषणात्मक गड़बड़ियों के साथ भी हो सकती है।

चिकित्सा की कारगरता बहुत हद तक मीनचर्मता के प्रकार पर निर्भर करती है। इसके लिये रोग के तल्पिक लक्षण स्पष्ट होने चाहिए। लंबे समय तक विटामिन ए का प्रयोग सुसंकेतित है—20-30 (बच्चों के लिये 10-15) यू.ए.सी. सांद्रित विटामिन ए भोजन से पहले या भोजन के समय भूरी रोटी (राई रोटी) के टुकड़े पर दिन में तीन बार करीब चार से छ सप्ताह तक दिया जाता है बाद में

चिकित्सा कई बार दोहराई जाती है। अतर्पेशीय सुई के लिये विशेष रूप से निर्मित विटामिन ए से अधिक लाभ होता है। तेल में इसका घोल 0.5 मिलीलीटर (50000U) की मात्रा में सुई द्वारा एक दिन बीच देकर आधान कराया जाता है (प्रथम दो से चार सुइयाँ) और इसके बाद खुराक 1.0 मिलीलीटर तक बढ़ाई जाती है, पूर्ण चिकित्सा 15 से 20 सुइयों द्वारा होती है। बेहतर आत्मसातन के लिये विटामिन A के साथ विटामिन ई भी देना वांछनीय है—दिन में एक बार एक मध्यम चम्मच मुखमांस में, या अतर्पेशी सुई से (एरिविट, 1.0 मिलीलीटर की सुई नित्य या एक दिन बीच देकर, कुल 20 बार)। एरिविट की भी सलाह दी जाती है, यह तैल घोल है जिसके 1.0 मिलीलीटर में करीब 100000U (35 मिलीग्राम) विटामिन A और 100 मिलीग्राम विटामिन ई होता है। अतर्पेशीय सुई नित्य या एक दिन बीच देकर दी जाती है (कुल 20 से 30 सुइयाँ, एरिविट की सुइयाँ कुछ दर्दनाक होती हैं) या इस प्रसाधन का एक कैप्सूल दिन में दो या तीन बार दिया जाता है।

लोहे, फीटिन, कैल्सियम आदि के प्रसाधन मीनचर्मता के रोगियों को अक्सर बलवर्धक चिकित्सा के रूप में निर्दिष्ट किये जाते हैं। विटामिन बी-सकुल और गामा ग्लोबुलिन की सुइयाँ दी जाती हैं, रक्तचिकित्सा प्रयुक्त की जाती है। तीव्र केसों की चिकित्सा स्टेरोइड हार्मोनो से की जाती है, चर्मपूयता होने पर साथ में प्रतिजीवक भी दिये जाते हैं। थिरोइडिन की नहीं खुराकें (बच्चों की—0.01-0.02 ग्राम दिन में एक या दो बार और बड़ों की—0.03-0.05 ग्राम दिन में एक या दो बार) 15 से 20 दिनों तक निर्दिष्ट की जाती हैं—ढालवत ग्रंथि की अवक्रिया-अवस्था में जिससे द्रव्य-विनिमय की प्रक्रिया मंद होने लगती है।

निम्न युक्ति से भी लाभ होता है—38-39°C तक गर्म पानी से स्नान के बाद चर्म को मुलायम करने वाला कोई मलहम या क्रीम लगाना, जिसमें 1 प्रतिशत सेलीसीलिक अम्ल मिलाते हैं या 0.25 प्रतिशत पोलीविटामिन-लवण से युक्त कोई मलहम या क्रीम लगाना (ताकि शल्क अच्छी तरह अलग हो जाया करे)। सल्फरकृत हाइड्रोजन के पानी या समुद्र-जल में स्नान, खनिज-स्रोतों का पंक लेपना आदि भी सुसंकेतित हैं।

भविष्यवाणी—सामान्य मीनचर्मता के हल्के रूपों में युक्तिसंगत चिकित्सा से काफी अच्छी सफलता मिल सकती है। लंबे समय तक विटामिन ए से चिकित्सा, जल-चिकित्सा, तेलों का लेप (विटामिन से युक्त क्रीम, वनस्पति तेल, आसवित जल के साथ समान मात्रा में लानोलिन मिलाकर, स्पेर्मासेटी क्रीम, लार्ड, कभी-कभी 0.25-0.5 प्रतिशत सोडियम क्लोराइड से युक्त क्रीमों का उपयोग) रोग को उग्र होने से रोकता है। तीव्र प्रवाह में भविष्यवाणी कम अनुकूल होती है।

जन्मजात मीनचर्मता स्वकायिक अवगामी प्रकार से विरामत में मिलती है। रोग के लक्षण जन्म से ही मिलने लगते हैं। यद्यपि डमकें विनवित रूप भी है (विलवित जन्मजात मीनचर्मता), जिसमें रोग के लक्षण जन्म के कुछ सप्ताह या महीने बाद उत्पन्न होते हैं। यह रोग सामान्य मीनचर्मता से अधिक उग्र होता है। त्वचा कछुए की पीठ जैसे मोटे-मोटे शल्को से ढक जाती है, जिनके बीच गहर खांचे होते हैं; लेकिन मीनचर्मतावत चर्मारुणता की तुलना में त्वचा पर ललामी नहीं होती। उग्रतम रूप (गभीर जन्मजात मीनचर्मता) होने पर द्वितीयक पैठन और पोषण व श्वसन की गड़बड़ियों से कुछ दिनों में मृत्यु भी हो सकती है।

ऊतगदलोचन—सामान्य मीनचर्मता की तुलना में कहीं अधिक अतिशृंगनता प्रेक्षित होती है। कण्ठ परत बची रहती है, पर कुपोषित हो जाती है।

चिकित्सा सामान्य मीनचर्मता जैसी ही है।

जन्मजात मीनचर्मतावत चर्मारुणता—इस रोग के दो रूपों में भेद किया जाता है—बुल्लाहीन (सूखा) रूप जो स्वावगामी प्रकार से विरासतित होता है, और बुल्लेदार रूप जो स्वकायिक प्रबल प्रकार से विरासतित होता है। अनेक वैज्ञानिक अब बुल्लाहीन रूप को पटलीय मीनचर्मता और बुल्लेदार रूप को अधिचर्म-विलायक मीनचर्मता के नाम से पुकारने लगे हैं, क्योंकि चर्मारुणता के इस रूप की खासियत है—अतिशृंगनता तथा कंटलय का मेल और अधिचर्म मालपीगी परत की कोशिकाओं का गदोचीन्हक कणीय अवजनन—शुरू हो जाना (निकोल्स्की के शब्दों में—कंटशृंगविलयन)।

रोग का बुल्लाहीन रूप पूरे चर्म की विसरित रक्तस्फीति द्वारा लक्षित होता है, चर्म शुष्क, तना हुआ और प्रचुर शल्को से आच्छादित होता है। हथेलियों व तलवों पर, कांख, कोहनी, घुटनों और जघामूल के चर्म पुटकों में शृंगी शल्क बहुत बड़ी मात्रा में होते हैं। शल्क बड़े, मोटे और बहुभुजाकार होते हैं, उनका रंग भूरा होता है और वे अलग-अलग परतों में जमा होते हैं। हथेली और तलवों पर प्रक्रिया शृंगी-चर्मता से मिलती-जुलती होती है। चर्म-पुटकों के क्षेत्र में कीलक जैसे उत्वर्ध मिल सकते हैं। कुछ केसों में सावर्द्धिक ललामी और शल्कन बिल्कुल कुदाली हो जाते हैं और बुढ़ापे तक बने रहते हैं। अनेक उदाहरणों में ललामी काफी घट जाती है या बिल्कुल गायब हो जाती है और अतिशृंगनता तीव्र हो जाती है, विशेषकर चर्मपुटकों पर। पलकों, नाक, होठों, कर्ण-पल्लव पर चर्म के कठोर होने के साथ-साथ अपरूपन भी प्रेक्षित हो सकता है (जैसे पलकों का पलटना)।

जन्मजात मीनचर्मतावत चर्मारुणता के बुल्लेदार रूप में स्पष्ट शोथी परिवर्तन (विशेषकर चर्मपुटकों के क्षेत्र में) प्रेक्षित होते हैं। चर्म शोफित, तनावपूर्ण और मोटा हो जाता है। इस पर बुल्ले और दृढ़क रिसाव जन्म से ही शुरू हो जाते हैं।

अतिशृङ्गनता एक साल पूरा कर लेने पर या अक्सर तीन-चार साल के बीच विकसित होती है। निकोल्स्की का लक्षण धनात्मक होता है, अधिचर्म की ऊपरी परत सरलतापूर्वक अलग हो जाती है। चंदरे की त्वचा अतिरिक्तल, तनावपूर्ण, चमकदार और शल्को से प्रचुर होती है। नख मोटे और विकृत हो जाते हैं, अवनख अतिशृङ्गनता विकसित हो सकती हैं। बाल बचे रहते हैं। उम्र के साथ-साथ रोग का प्रवाह सुधरने की प्रवृत्ति नजर आती है। 3 या 4 वर्ष बाद वस्तिकाएं विरले ही उत्पन्न होती हैं। तलवों और हथेलियों के चर्म पर हल्की अतिशृङ्गनता होनी है।

ऊतलोचनी चित्र कणमय परत के अतिपोषण और सुचर्म में कटक्लेश और शोथी अतर्स्थदन द्वारा लक्षित होता है, ये लक्षण इसे सामान्य मीनचर्मता से विभेदित करते हैं। स्पष्ट अतिशृङ्गनता और कहीं-कहीं पराशृङ्गनता के क्षेत्र भी पाये जाते हैं। बुल्लेदार रूप में कटक्लेश के अतिरिक्त अधिचार्म मालपीगी परत की कोशिकाओं का कणीय अवजनन भी देखने को मिलता है।

इसका विभेदक निदान जब सामान्य मीनचर्मता के साथ किया जाता है, तो यह ध्यान में रखा जाता है कि यह रोग काख व जंघामूल के चर्म-पुटकों और कोहनी व घुटनों के खातों को अपनी चपेट में नहीं लेता। मीनचर्मतावत चर्मरुणता नवजात शिशु में जन्मजात बुल्लेदार अधिचर्मलय के साथ विभेदित की जाती है, अंतिम में चर्मरुणता नहीं होती और बुल्ले स्वस्थ प्रतीत होने वाले उन्ही क्षेत्रों पर उत्पन्न होते हैं, जो चोट, दाब व घर्षण के अधीन होते हैं। नवजात का बहुमार्मिक बुदबुदिया एक छुतहा रोग है, इसमें ज्वर होता है और विभिन्न आकार के बुल्ले शोफित, ललामिक पृष्ठभूमि पर उग आते हैं।

चिकित्सा के सिद्धांत वे ही हैं, जो मीनचर्मता के रोगियों के लिये हैं, लेकिन रोग के बुल्लेदार रूप में विटामिन ए के विरुद्ध रोग का प्रतिरोध और कॉर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन से चिकित्सा द्वारा सुधार देखने को मिलता है। जन्म के प्रथम दिनों में हार्मोनी प्रसाधन की 0.001 ग्राम प्रति किलोग्राम मात्रा प्रलिखित की जाती है (इस दैनिक खुराक को तीन-चार बार में बाँटकर देते हैं)।

विटामिन एच (बिओटिन) बच्चों को 3-5-10 मिलीग्राम दिन में दो या तीन बार देते हैं, रीबोफ्लाविन 5-10-15 मिलीग्राम की खुराक में नित्य दो बार माँ के दूध के साथ मिलाकर देते हैं, विसरित विटामिन ए (पाल्मीटेट) 5-10-15 बूँद दिन में दो बार वाछनीय है। मुखमार्ग से ग्विट (नित्य या एक दिन छोड़कर एक या दो कैप्सूल) और 0.5-10 मिलीलीटर रीबोफ्लाविन मोनोनुक्लेओतीड (1 प्रतिशत सांद्र घोल) की सुई दो-तीन साल से बड़े बच्चों को एक दिन छोड़कर देना लाभकर होता है। सोडियम क्लोराइड, समुद्री लवण, चोकर या स्टार्च के साथ स्नान प्रलिखित किया जाता है जिसके बाद चर्म पर गुलाब का तेल कारांयलिन विटामेड

कोर्टिकोस्टेरोइड-मलहम (फ्लूसीनार, उल्ट्रालान, 0.5 प्रतिशत सांद्र प्रेदनीजोलोन-मलहम, सेलेस्टोडर्म) या त्वचा मृदु करने वाला मलहम या क्रीम लेपा जाता है, अंतिम में 3-5 प्रतिशत नाफ्थालान या 1-2 प्रतिशत सैलीसीलिक अम्ल मिलाया जाता है।

लोम-शैवाक (काटल शैवाक, सरल लोम-शृंगनता) एक विरासती रोग है और मीनचर्मता का एक पूर्वपाती (अकालपाती, एबोर्टिव) रूप है। यद्यपि यह बचपन में ही शुरू हो जाता है, इसके तत्त्विक लक्षण किशोरावस्था में ही स्पष्ट होते हैं। यह रोग स्त्री-पुरुषों दोनों को हो सकता है। सामान्य चर्म के रंग की चन्ही, शक्वाकार नुकीली पिटिकाओं के ग्रुप कोहनी, पीठ, नितंबों और जांघों पर उत्पन्न होती है। पिटिकाओं के शिखर केराटिनी शल्को से बने होते हैं, जो विस्फारित मशिकीय मुहानों में घुसे होते हैं। पिटिकाएं इन्हीं मुहानों में स्थित होती हैं। क्षति अपचोषित होकर मुश्किल से दिखने वाले दाग छोड़ जाती हैं। इन क्षेत्रों में लोम-मशिकाएँ और वपाल ग्रथियाँ नष्ट हो जाती हैं।

चिकित्सा—विटामिन ए, ई और त्वचा मुलायम करने वाले मलहम तथा क्रीम प्रलिखित किये जाते हैं। प्राकृतिक निरोगालयों में चिकित्सा तथा समुद्र-स्नान भी फायदेमंद होते हैं।

टूरैन (Touraine) की बहुशृंगनता—यह बाह्य भ्रूणचर्म का परिस्थितिज आनुवंशिक कुविकास है। इसमें अनेक प्रकार की शृंगनताएँ प्रेक्षित होती हैं, जैसे—तलवों तथा हथेलियों की चर्मशृंगनता, मशिकीय शृंगनताएँ जन्मजात नखस्थूलता आदि। रोगी में निम्न लक्षण अवलोकित होते हैं—हथेलियों और घुटनों पर शृंगी परत भयंकर रूप से मोटी हो जाती है, नख अति पोषित होते हैं, बाल और अस्थियाँ कुपोषित होती हैं, दाँत अविकसित रहते हैं, सार्वदैहिक व स्थानिक अतिस्वेदन प्रेक्षित होता है, असयत मूत्रण और बौद्धिक विकास का मंदन भी देखा जाता है (यहाँ तक कि मूढ़ता भी)। विभिन्न तीव्रताओं के साथ विकास की ये विसंगतियाँ रोगी के वंश में अनेक समे-संबंधियों के बीच पायी जा सकती हैं।

चिकित्सा—विटामिन ए और ई की बड़ी खुराकें और त्वचा मुलायम करने वाले मलहम और क्रीम प्रलिखित किये जाते हैं। स्टेरोइड प्रसाधन और प्राकृतिक निरोगालय सुसंकेतित हैं।

नार्वचर्मक्लेश

नार्वचर्मक्लेश के ग्रुप में ऐसे रोग आते हैं, जो तीव्र खुजली से शुरू होते हैं, अक्सर साथ में नर्वक्लेशिक गडबडियाँ भी होती हैं जो (खुजली के साथ साथ पूरे रोग

के दग्ग्यान बनी रहती है। इनमें कंडु, खुजली, पित्ती, कुभिनर्वक्लेशिक शोफ और नार्चर्मशोथ के विभिन्न रूप आते हैं।

शब्द 'नार्चर्मशोथ' पहली बार 1891 में ब्रौक (Brocq) और जैक्वेट (Jacquet) ने प्रयुक्त किया था; वे इन रोगों को चर्म नर्वक्लेश मानते थे, जिनमें विशिष्ट प्रकार की तीव्र खुजली होती है और बाद में चर्म का शैवाकीकरण होने लगता है।

ब्रिटिश-अमरीकी आयुर्वेद-साहित्य में विसरित नार्चर्मशोथ को अक्सर 'आटोपिक चर्मशोथ' कहते हैं, जिससे रोग की जन्मजात प्रकृति स्पष्ट होती है। लेकिन 'नार्चर्मशोथ' नामक इस पीडादायक एवं कुटाली चर्म के हेतुलोचन और गदजनन से संबंधित आधुनिक धारणाओं के बिल्कुल अनुरूप है।

सोवियत आयुर्वेद साहित्य में नार्चर्मक्लेशों का निम्न वर्गीकरण स्वीकृत किया गया है—(1) चर्मखुजली, स्थानाबद्ध, सार्वदैहिक, (2) नार्चर्मशोथ, स्थानाबद्ध, विसरित; (3) कंडु, पयोपा में, वयस्क में, पर्विकीय, (4) पित्ती (चिरकालिक)।

चर्म-खुजली

यह अपने आप में एक स्वतंत्र रोग है, जिसमें तीव्र एवं कुटाली खुजली होती है, खुजली के कारण खरोच भी पड़ती रहती है। खुजली अनुभूत करने वाले अधिग्राहकों (रिसेप्टरों) की विशिष्टताओं के बारे में लोग अभी भी एकमत नहीं हैं। माना जाता है कि खुजली की अनुभूति पीडा अनुभूत करने वाले नर्व-सिरोँ द्वारा या मज्जाहीन रेशों के सिरोँ द्वारा होती है। खुजलाहट की संवेदना की उत्पत्ति में चर्म का सारा संवेदी उपकरण भाग ले सकता है। खुजली की संवेदना अंतर्प्रेरित करने वाले स्पंद मज्जाहीन C-तंतुओं (रेशों) के सहारे अधोवल्कुटी एवं वल्कुटी केंद्रों तक पहुंचाये जाते हैं।

चर्म-खुजली का निदान करने से पहले चर्म, रक्त, यकृत, वृक्क, अधोजठर, द्रव्य-विनिमय आदि की गड़बड़ियों से संबंधित उन सभी रोगों की संभावनाओं को गलत सिद्ध करना पड़ता है, जिनमें खुजली एक लक्षण के रूप में उपस्थित होती है। इस रोग में कोई भी प्राथमिक रूपलोचनी क्षति नहीं होती। जहां तक द्वितीयक रूपलोचनी क्षतियों का सवाल है, तो वे निस्तवचन एवं रक्तस्राव के रूप में हो सकती हैं (विंदुक या रैखिक)। हमेशा खुजलाते रहने से कुछ रोगियों के नखों की किनारिया बिल्कुल चिकनी और चमकदार हो जाती हैं। खुजली अक्सर सुबह और रात को दौरों के रूप में होती है, दिन में अपेक्षाकृत कम होती है। इसकी उग्रता हल्की से अतितीव्र तक हो सकती है, जिससे आशिक या पूर्ण अनिद्रा हो जाती है। तेज खुजली रोगी के कार्य में भी बाधक होती है। शैवाकीकरण कभी-कभी तीव्र



खुजली गर खराचा का प्रणभूम म हाता है ऐसे कैसे में कहा जाता है कि चम खुजली नावमशाथ म वक्रसित हा गयी है। विस्तार के अनुसार खुजली सावदेहिक अथवा स्थानाबद्ध हो सकती है। स्थानाबद्ध खुजली अक्सर जननेंद्रियो (भग, जड़कोष) तथा पृष्ठद्वार के क्षेत्र में होती है। कभी-कभी वह जाघ तथा पैर की मध्य सनस पर तथा मिर व गदन पर भी विकसित हो सकती है। स्थानाबद्ध चम-खुजली के कारण निम्न हैं—जोक (प्रमुखत सूत्र-कृमि), भग, योनी, ऋजु आत (रेक्टम) व पृष्ठद्वार की श्लेष्मल झिल्लियों का शोथ, स्थानीय गडवडियों (खुजली वाले क्षेत्रों पर वर्धित स्वेदन) के साथ-साथ पनपूनर्वक्लेश; नार्बमानसिक, नर्वयौन, अतन्नावी तथा अन्य गडवडिया। सावदेहिक खुजली भी इन्हीं क्रियात्मक गडवडियों से होती है, लेकिन अन्य कारण भी हो सकते हैं, जैसे—अधे = एव वृद्ध लोगो में द्रव्य-विनिमय की गडवडिया (जराकीलन खुजली), गरलक्लेश (सगर्भताकाल की खुजली) तथा अन्य जो सदा स्पष्ट नहीं हो पाते।

चिकित्सा—निम्न एंटीस्टिर्मानिक प्रसाधन लक्षणपरक (सिपटोमेटिक) चिकित्सा में नहायक होते हैं—मेबहाइड्रॉलीन नापाडीजीलेट (डिओजोलिन) (0.05-0.1 ग्राम, दो या तीन बार नित्य), प्रोमेथाजीन हाइड्रोक्लोराइड (पीपोल्फेन), ख्लोरोपीरामीन (सुप्रोस्टिन), फेनेथाजीन (0.25 ग्राम नित्य तीन बार, टोपहर के बाद और शाम को अधिक लाभप्रद होता है) और डीफेनिलहाइड्रामीन हाइड्रोक्लोराइड (0.03-0.05 ग्राम दिन में दो बार)। सुप्रोस्टिन या पीपोल्फेन (2.0-2.5 प्रतिशत सांद्र घोल के 1-2 मिलीलीटर) की अंतर्पेशीय सुई का अधिक खुजलीविरोधी असर होता है।

कुछ रोगियों में कैल्सियम के प्रसाधनो का अच्छा प्रभाव पड़ता है (कैल्सियम क्लोराइड के 10 प्रतिशत सांद्र घोल के अंतर्शिरीय आधान या कैल्सियम ग्लूकोनेट के 10 प्रतिशत सांद्र घोल की अंतर्शिरीय सुई से)। इन्हे परानुकपी नर्वतंत्र की तानता (लाल चर्मलिख) की प्रबलता (प्रिडोमीनेस) की स्थिति में प्रलिखित करना चाहिए। अनुकपी-तानता (श्वेत विलंबित और स्थायी चर्मलिख) में ये प्रसाधन प्रतिसकतित हैं, क्योंकि वे पनपू नर्वतंत्र के अनुकपी भाग को उद्दीपित करते हैं। कुटाली ओर कष्टप्रद खुजली के कुछ रोगियों को कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन दिये जा सकते हैं यदि वे प्रतिसकतित न हों। कोर्टिकोस्टेरोइडो से चिकित्सा के साथ-साथ वेधुत्-निद्रा और स्वापन के उपयोग की सलाह दी जाती है। जराकालीन खुजली के रोगी को सामान्य अश्व-पुच्छ (Equisetum नामक पौधे) का काढ़ा पीने की सलाह दी जाती है (तीन चौथाई उबलते पानी में अश्वपुच्छ का एक बड़ा चम्मच डालकर बर्तन उतार लेते हैं, एक-डेढ़ घट बाद काढ़े को छानकर उसे एक-एक घूट सारा दिन पीते हैं। चिकित्सा दो-ढाई सप्ताह चलती है)।

नर्वक्लेशिक गडवडियों वाले रोगियों को प्रशामक (ब्रोमाइड, यदि अच्छी

तरह सहन होता हो), वालेरिआन और नार्वाघातक (सेडुक्सेन पर्याय डिआजेपाम, ख्लोरडिआजेपोक्सीड, लिब्रिउम, त्रिओक्साजीन) दिये जाते हैं। मार्वदैहिक खुजली में लाभ के लिये निम्न भौतिकीय चिकित्सा का उपयोग होता है—कृत्रिम या प्राकृतिक (तदनुरूप निरोगालय में) सल्फरित हाइड्रोज या रोडोन स्नान, वनूत की छाल या गेदे के काढ़े को जल में मिलाकर स्नान, चोंकर के पानी में स्नान (एक बार में एक किलोग्राम) और समुद्र-स्नान। बाह्य चिकित्सा के रूप में (जो सार्वदैहिक खुजली में अस्थायी लाभ पहुंचाती है) थीमोल, कार्वोलिक अम्ल, मेंथोल का 1-2 प्रतिशत सांद्र अल्कोहलिक घोल, क्लेरेटोन (ख्लोरोवूटॉल) का 5 प्रतिशत सांद्र घोल 60-70 प्रतिशत एथिल अल्कोहल में, ख्लोरल हाइड्रेट और मेंथोल-युक्त शेक मिक्स्चर का प्रयोग होता है। चर्म की शुष्कता का इलाज मुखमार्ग से विटामिन A, B₂ व B₃ द्वारा और किसी मृदुकारी क्रीम (lanolini, ol Olivarum, Aq distill. aa 30 0) द्वारा होता है।

स्थानाबद्ध खुजली में हमने खुजलीग्रस्त चर्म-क्षेत्र के गिर्द सुइयों की एक रीति प्रस्तावित की है। पहले आक्रांति-क्षेत्र को एथिल क्लोराइड से धोकर उसे (क्षेत्र को) सजाहीन करते हैं (या कोई सजाहरण नहीं किया जाता), फिर 0.15-0.25 प्रतिशत सांद्र 'मेथिल नीला घोल' को बेन्केन और किसी प्रोलौगेटर के साथ मिलाकर अंतर्पेशीय सुई देते हैं।

Rp Sol. Methyleni coerulei medicinalis 0.25% 100

Bencaini 4 0

MDS सुई के लिये

सुई के ठीक पहले इस घोल की 10-15 मिलीलीटर मात्रा को बुन्केन और मेथिलेन नीला का खुजलीविरोधी प्रभाव दीर्घ करने वाले द्रव्य के साथ (उसी मात्रा में) मिला लेते हैं। डॉक्टर जेलाटिन, पोलीवीनिल या पोलीवीनिलपिरोलीडोन (पोवीडीन) के 10 प्रतिशत सांद्र घोल के साथ, अंतिम प्रसाधन सबसे अच्छा है, लेकिन उसका आण्विक द्रव्यमान 40000 से कम नहीं होना चाहिए।

एथिल क्लोराइड से सिचन या कार्बन-डायक्साइड-बर्फ से सतही शमन का उपयोग अंडकोष (फोते) की स्थानाबद्ध खुजली में होता है। भग की खुजली के कुछ केसों में, जब अन्य रीतियां असफल हो जाती हैं, जननेद्रिय के नर्वों का दोतरफा उच्छेदन या अल्कोहलीकरण किया जाता है।

स्थानाबद्ध खुजली की चिकित्सा बक्की की और डिआडिनामिक (पारप्रवेगिक) धाराओं (आयन मोड्यूलेटर्स) से की जाती है। कोटिकोस्टेरोइड मलहमों से अस्थायी तौर पर आराम मिलता है; ये मलहम हैं—सीनालार, लोकाकोर्टेन, 1-2 प्रतिशत

0.5 1.0 प्रतिशत प्रेदनीजोलोन या 3-5 प्रतिशत टार बोरिक

अम्ल से युक्त मलम्ब जनन-ग्रथियों के हार्मोनो (मुख्यतः पुसज) से युक्त क्रीम, मेथिल टेस्टोस्टेरोन या टेस्टोस्टेरोन प्रोपियोनेट (लानोलिन के आधार पर, 0.15-0.25 प्रतिशत सांद्रता के साथ)।

नार्वचर्मशोथ

नार्वचर्मशोथ एक चिरकालिक पुनरावर्ती शोथी चर्मरोग है, जो तीव्र खुजली, पिट्टिकीय स्फोटों और स्पष्ट शैवाकीकरण के माध्यम से व्यक्त होता है।

परिसीमित और विसरित नार्वचर्मशोथों में भेद किया जाता है। कई अविशिष्ट रूप भी हैं—अतिपोंषित नार्वचर्मशोथ (विशाल शैवाकीकरण), अतिशृंगी (मसेदार), मशिकीय नार्वचर्मशोथ, चंहरों का विसरित शैवाकीकरण आदि।

हेतुलोचन और गदजनन—नार्वचर्मशोथ मुख्यतः अतर्जनित घटकों के प्रभाव से होता है, जिनमें निम्न की गणना होती है—नर्वतत्र, अतर्सावी ग्रथियों और आंतर अंगों के कार्य में गड़बड़ियाँ, द्रव्य-विनिमय की गड़बड़ियाँ और प्रतिकूल परिवेशी घटकों के प्रभाव से होने वाली भीतरी गड़बड़ियाँ।

विभिन्न स्तरों की नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ भी पायी जाती हैं—वर्धित उत्तेजन या वर्धित नियंत्रण, शीघ्र क्लृप्ति, दुर्बलता, रागात्मक अस्थिरता, अनिद्रा आदि। इन सबके साथ-साथ यंत्रणादायक और कुटाली खुजली होती रहती है, जो नार्वचर्मशोथ का मुख्य लक्षण है। विद्युमस्तिष्कलेख, प्लेथिस्मोग्राफी, खोनाक्सीमेट्री तथा अन्य रीतियों से परीक्षण करने पर पता चलता है कि सबसे पहले केंद्रीय नर्वतत्र में गड़बड़ियाँ हैं, फिर पनपू नर्वतत्र में (स्थायी श्वेत चर्मलेख; स्पष्ट लोमहर्षक (या लोमप्रेरक) प्रतिवर्त, ताप-नियमन, स्वेदन और वपास्राव में गड़बड़ी आदि)।

केंद्रीय नर्वतत्र के उच्च भागों के कार्य में गड़बड़ी की प्रकृति प्राथमिक हो सकती है और नार्वचर्मशोथ की उत्पत्ति में हेतुलोचनी भूमिका निभा सकती है। कुछ रोगियों में वे द्वितीयक प्रकृति की भी हो सकती हैं, जो कुटाली चर्मरोग, प्ररक्षित एवं तीव्र खुजली और अनिद्रा से होती हैं। द्वितीयक नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ गदजननक महत्त्व रखती हैं और नार्वचर्मशोथ का प्रवाह तीव्र कर देती हैं। इस तरह एक दुश्चक्र बन जाता है—नार्वचर्मशोथ का उग्र प्रवाह तथा यंत्रणादायक खुजली नर्वक्लेशिक गड़बड़ियों को सहारा देती है और तीव्र करती है, जबकि नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ नार्वचर्मशोथ के प्रवाह को गंभीर बना देती हैं।

हमारी खोजों के अनुसार नार्वशोथ के रोगियों में अधिवृक्क चल्कुट, ढालवत ग्रथि एवं जननग्रथियों के कार्यों में गड़बड़ी पायी गयी है। तीव्र नर्वक्लेशिक गड़बड़ियाँ (वर्धित उत्तेजनता, रागात्मक अस्थिरता, खुजली से संबंधित दीर्घकालीन भावनाएं अनिद्रा स्वेसी घटक (स्ट्रेस फैक्टर) हैं जिनमें अधिवृक्क

वल्कुट को अधिक तीव्रता से काम करना पड़ता है, अतः प्ररक्षित और तीव्र शोथी प्रक्रिया की परिस्थितियों में उसका कार्य धीरे-धीरे मद होने लगना है और कुछ केसों में तो बिल्कुल बंद हो जाता है। अधिवृक्को का कार्य पूर्णतया बंद हो जाने पर वे वर्धित आवश्यकता के अनुसार एंटीशोथी कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन (कोर्टिजोन, हाइड्रोकोर्टिजोन) अधिक मात्रा में स्रावित नहीं कर पाते। दूसरी ओर, नर्वचर्मक्लेश के रोगी में एंटीशोथी हार्मोन की आवश्यकता अधिक मात्रा में होती है। कोर्टिकोस्टेराइड स्राव में यह विरोधाभासयुक्त कमी शोथी प्रतिक्रिया को तीव्र कर देती है, अर्थात् चर्म में रोग-प्रक्रिया को तीव्र कर देती है, परोर्जिक प्रतिक्रिया को उग्र कर देती है। यह कुछ हद तक नर्वचर्मशोथ (संभवतः अन्य चर्मक्लेशों के भी) रोगियों में नर्वमानसिक चोटों के बाद या दीर्घकालीन ऋणात्मक रोगों के अंतर्गत रहने पर रोगप्रक्रिया उग्र होने लगती है।

उपर्युक्त बातों से सिद्ध होता है कि विसरित एवं प्रकीर्णित नर्वचर्मशोथ के रोगियों के लिये रक्षी दिनचर्या (प्रोटेक्टिव रेजिमेन) प्रलिखित करना चाहिए, स्वापन में सामान्य शांतिदायक एवं धनात्मक रोगों का शब्दाधान करना चाहिए, स्वापन और विद्युनिद्रा के साथ धीरे-धीरे घटती मात्रा में कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोन भी देने चाहिए।

नर्वचर्मक्लेश के रोगियों में ढालवत ग्रंथि की क्रियाशीलता बढ़ी होती है, विरलतः घटी हुई भी होती है; अक्सर वे जनन-ग्रंथियों की निष्क्रियता से पीड़ित होते हैं। इसीलिये नर्वचर्मशोथ के हेतुलोचन और गदजनन में नर्व-अतस्त्रावी गडबड़ियों और परोर्जिक प्रतिक्रियाओं की भूमिका प्रमुख होती है।

विभिन्न कारणों और अतस्त्रावी गडबड़ियों से नर्वतंत्र का दीर्घकालीन तनाव ऐसी पृष्ठभूमि तैयार करता है, जिस पर 'चार्म नर्वक्लेश, अर्थात् नर्वचर्मशोथ तथा अन्य परोर्जिक प्रतिक्रियाएं विकसित होती हैं।

नर्वचर्मशोथ में परोर्जिक अवस्था का महत्त्व निम्न घटकों से प्रमाणित होता है—

(1) विसरित नर्वचर्मशोथ अक्सर पयोपा-दद्रु से शुरू होता है, जो नियमित पारश्लेषण की पृष्ठभूमि पर उत्पन्न होता है। पयोपा-दद्रु के अतिरिक्त वपास्रावी (और विरलतः वास्तविक) दिनाड भी धीरे-धीरे नर्वचर्मशोथ में परिणत हो जाने है (यदि वे प्ररक्षित प्रवाह ग्रहण कर लेते हैं)। इस तरह की परिणतिया पयोपा-दद्रु और वयस्कों में वपास्रावी दिनाड के लिये लंछक हैं। अत्यल्प प्रायिक केसों में सीरमी या दद्रु-कूपों के रूप में रिसाव वाला वस्तिकायन और तीव्र शोथी प्रकृति की ललामी तल्पिक चित्र में अधिक हावी रहती है बनिस्बत कि से युक्त पिटिकीय स्फोट और अतस्यदन

(2) परोर्जिक स्फांट और खुजली स्थानाबद्ध नार्वचर्मशोथ मे मुख्य अधिकेद्रो से दूर स्थित चर्मक्षेत्रों पर भी पायी जा सकती है।

(3) नार्वचर्मशोथ के अनेक रोगियो का शरीर प्रतिजीवको, किन्हीं अन्य दवाओं या खाद्य सामग्रियों के प्रति अतिसवेदी होते है।

(4) नार्वचर्मशोथ के साथ-साथ रोगी मे अक्सर अन्य परोर्जिक रोग भी पाये जाते है, विशेषकर ब्रोखी दमा, कुंभीप्रेरक नासाशोथ और पित्ती।

(5) हमारे विभाग मे सपत्र किये गये परीक्षण यह दिखाते है कि नार्वचर्मशोथ से पीडित अनेक रोगियो मे बोयडेन (Boyden) के निष्क्रिय रक्तस्कदन परीक्षण, कूब्स (Coombs) और कुस (Kuns) के एटीग्लोबूलिन-परीक्षण आदि जैसी इमूनो-परोर्जिक प्रतिक्रियाएं तीव्र धनात्मक होती है। इससे इन रोगियों में एकसंयोजी प्रतिकायो (स्व-प्रतिकायो) की उपस्थिति सिद्ध होती है।

सर्वप्रथम केद्रीय नर्वतंत्र की, फिर पनपू नर्वतंत्र और अतर्खावी तंत्र की गडबड़ियो की दृष्टि से नार्वचर्मशोथी की उत्पत्ति का कारण समझने के प्रयत्नों और इस रोग मे शरीर की परोर्जिक अवस्था तथा विभिन्न आतर अंगो की द्रव्य-विनिमय से सबधित गडबड़ियो की भूमिका स्पष्ट करने के प्रयत्नो के बीच कोई अतर्विरोध नही है, उल्टा, ये एक-दूसरे के पूरक है। नर्वतंत्र की गडबड़ियो के साथ अक्सर अतर्खावी व्यवधानों (अधोवर्ध-अधिवृक्कीय तंत्र और अपेक्षाकृत विरलत- ढालवत एव जनन-ग्रथियो की गडबड़ियो) के अवलोकन से इस बात की पुष्टि होती है कि नार्वचर्मशोथ के गदजनन मे नार्वअंतर्खावी गडबड़ियों की ही प्रमुख भूमिका होती है।

ऋजु आत और मल-मार्ग की श्लेष्मल झिल्लियों के चिरकालिक अतिश्यायी शोथ से पृष्ठद्वार के क्षेत्र में स्थानाबद्ध नार्वचर्मशोथ और खुजली के गदजनन मे महत्त्वपूर्ण भूमिका होती है। बडी व छोटी (तथा दोनो) आंतो और जठर (या तीनो) के चिरकालिक शोथ के साथ-साथ ऋजु आत तथा मल-मार्ग (या दोनों) का भी शोथ होता है और मल-विसर्जन मे अवरोध होने लगता है। इससे शरीर मे आत के गरणकारी द्रव्यो का अपचोषण होने लगता है (शरीर का स्वगरल-क्लेश या स्वगरलता)। अतिसार या मल में श्लेष्मला के साथ कब्ज के कारण पृष्ठद्वार की श्लेष्मला और चर्म क्षोभित हो जाते हैं और इससे भी इस चर्मक्षेत्र मे नार्वचर्मशोथ के उग्र होने की परिस्थितिया बन जाती हैं। इस पृष्ठभूमि पर कवकज या खमीरज क्षतिया उत्पन्न हो सकती है। पृष्ठद्वार के गिर्द विदार, रक्तम्बावस (अधिकांशत बाह्य, विरलतः आतरिक) और जोक (मुख्यतः सूत्र-कृमि) भी इस क्षेत्र मे स्थानाबद्ध खुजली और नार्वचर्मशोथ विकसित कर सकते है।

बाह्य जननेन्द्रियो के क्षेत्र में स्थानाबद्ध नार्वचर्मशोथ के गदजनन मे मुख्य

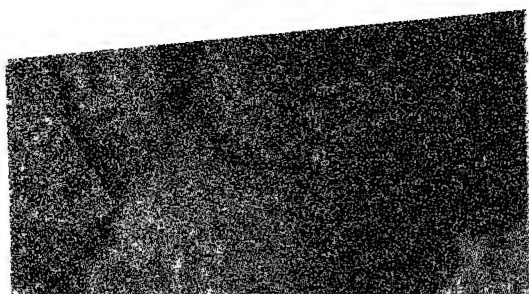
भूमिका निम्न की होती है—नार्वयौन गड़बड़ियों, जनन-ग्रथियों तथा हार्मोन-स्त्राव से संबंधित गड़बड़ियों, जननेन्द्रियों के क्षेत्र में विभिन्न शोथी प्रक्रियाओं और यौन क्षेत्र के चिरकालिक रोगों की (विशेषकर गर्भाशय के उपांगों के शोथ, गर्भाशय की श्लेष्मल झिल्ली के शोथ और पुरुषों में पुरस्थशोथ की)।

अतीव्र शोथी प्रकृति की ललामिक पृष्ठभूमि में चर्म के शैवाकीकरण का अतर्स्यदन विसरित नार्वचर्मशोथ के तल्पिक चित्र पर हावी रहता है। आक्रांति के अधिकेंद्र अधिकांशतः चेहरे, गरदन, हाथ-पैर की ऋजुकारी सतहों (कोहनी और घुटनों के विपरीत तरफ गड्ढेनुमा क्षेत्रों), जननेन्द्रियों के क्षेत्रों, जाघों की मध्य सतहों तथा शरीर के अन्य क्षेत्रों पर होते हैं। प्राथमिक रूपलोचनी क्षतियों के रूप में अक्सर अधिचर्म एवं सुचर्म पिटिकाएं पायी जाती हैं। रंग में उन्हें स्वस्थ त्वचा से अलग करना मुश्किल होता है और कहीं-कहीं पर वे सगम करके पिटिकीय अतर्स्यदन के क्षेत्र बनाती हैं। आक्रांति-क्षेत्र पर त्वचा अक्सर अतिवर्णकित और शुष्क हो जाती है, उस पर असख्य निस्त्वचन और सूक्ष्म चोकर जैसा शल्कन दिखाई पड़ता है। नैसर्गिक पुटकों में अंतर्स्यदन की पृष्ठभूमि पर रैखिक विदार पाये जाते हैं। चर्म की आक्रांति निम्न लक्षणों में व्यक्त होती है—तीव्र खुजली और एकलरूपी अनेक केसों में किसी-न-किसी डिग्री की नर्वक्लेशिक गड़बड़ियां, श्वेत चर्मालेख, स्पष्ट लोमहर्षक प्रतिवर्त; ये सब मिलकर नार्वचर्मशोथ का लच्छक तल्पिक चित्र बनाते हैं। नार्वचर्मशोथ के रोगियों में अवकोर्टिकता (कोर्टिकोस्टेरोइडों का अपर्याप्त स्त्राव) अतिवर्णकता के अतिरिक्त अक्सर निम्न लक्षणों में व्यक्त होता है—अवतान, अवप्रवेगन, परोजिक प्रतिक्रियाएं, जठर-रस का अल्प स्त्राव रक्त-अवमिष्टता, मूत्र-विसर्जन में कुछ कमी, दुबलापन (शरीर के भार में कमी), वर्धित क्ताति।

विसरित नार्वचर्मशोथ अक्सर मौसमी होता है। रोगी की दशा अक्सर गर्मियों में सुधर जाती है और जाड़ों में बिगड़ जाती है। कुछ केसों में प्रक्रिया के साथ-साथ ब्रौंखी दमा, परागज ज्वर, कुभीप्रेरकीय नासाशोथ तथा अन्य परोजिक रोग होते हैं। प्रक्रिया का इपेतिगीकरण और ददुकरण भी संभव है (वस्तिकायन का विकास, अल्पकालीन रिसाव, तीव्र शोथी प्रकृति की ललामी)।

विसरित नार्वचर्मशोथ को यदि गदोतलोचनी दृष्टि से देखा जाये, तो वह निम्न लक्षणों से लक्षित होता है—परा एवं अतिशृंगनता, हल्के कटलवक्लेश, आतर एवं अंतराकोशिकीय शोफ, पिटिकाओं के शोफ, गोल-कोशिकीय (लसोतकोशिकीय) अतर्स्यदन, जो अधिकांशतः सुचर्म में हल्का विस्फारित कुभियों के गिर्द पाया जाता है।

— नार्वचर्मशोथ सीमित चर्म-क्षेत्र पर ही उत्पन्न होता है लेकिन



स्थानाबद्ध नार्चर्मशोथ (विडाल का शैवाक)

गरण वह रोगी के लिये बड़ा यंत्रणादायक होता है। खुजली शाम
 त्पन्न होती है। इसके प्रिय स्थल है—गरदन की पश्च और पार्श्व
 जननेंद्रिय के क्षेत्र (इन रोगियों में जाघ की मध्य सतह भी
 स्त रहती है), नितंबों के बीच का पुटक, वृंहत सधियों की
 शुरु में रोग-स्थल पर त्वचा अपरिवर्तित रहती है। बाद में
 नावट की पिटिकीय क्षतियां उत्पन्न होती हैं, जो चोकर जैसे
 ती है; कहीं-कहीं खुजली से खरोचे भी बन जाती है। इसके बाद
 कांशलः शैवाकवत पिटिकाएं संगम कर जाती हैं और विभिन्न
 (सतत पिटिकीय अंतर्स्पंदन) बना लेती हैं, जिनका रंग फीका
 लाल तक हो सकता है; उनकी परिरेखाएं गोल (वृत्ताकार) या
 चर्म पर नक्काशी जैसी आकृतियां स्पष्ट होती जाती हैं, अर्थात्
 त्रित होने लगता है। त्वचा कीमुखन जैसी होती जाती है।
 शोथ में प्रक्रिया जब अपनी पराक्का पर होती है, तब विशिष्ट
 र के कटिबध पाये जा सकते हैं—केंद्रीय कटिबध (शैवाकीकरण
 ध. जिसमें अलग-अलग चमकदार, अक्सर चिकनी और फीके
 पिटिकाएं होती हैं, और अंत में परिसरीय कटिबध, जिसमें
 जाती है। निस्त्वचन (ताजा या रक्तसावी खड्डियों से आच्छादित)
 पृष्ठभूमि पर देखी जाती है, जिसकी प्रकृति अशोथी होती है।
 ने पर गुप्ों में संगमित शैवाकवत पिटिकाओं के अतिरिक्त

प्रकिणित कड़ुक क्षतिया भी दिखाई देती हैं, शल्कन तीव्र हो जाता है और ललामी चमकदार हो जाती है। गेग प्ररक्षित प्रवाह ग्रहण कर लेता है, जिसकी नवाई वर्षों की अवधि में नापी जाती है।

ऊतगदलोचन—ऊतलोचनी चित्र पराशृगनता (विरलत-अतिशृगनता), कटलय पिटिकामय व अक्सर जालिकामय सुचार्म परतों के अतस्यदन द्वारा लक्षित हाता है।

चिकित्सा—विसरित प्रक्रिया वाले रोगियों के लिये प्रशामक चिकित्सा व मनोथेरापी के साथ-साथ प्रतिशोथी (एटीशोथी) एवं अवसवेदनकारी कोर्टिकोस्टेरोइड हार्मोनों (उर्बाजोन पर्याय मेथिलप्रेदनीजोलोन, डेक्सामेथाजोन) की अल्प खुराक धीरे-धीरे बढ़ती मात्रा में प्रलिखित की जाती है। ये हार्मोन निम्न स्थितियों में दिये जाते हैं—रोग के कुटाली प्रवाह में, तीव्र खुजली में, आक्रांति-अधिकेद्र के प्रकीर्णन की प्रवृत्ति में। और जब चिकित्सा को अन्य रीतियों से कोई लाभ नजर नहीं आता। नर्वतत्र की कार्यशीलता को सामान्य करने तथा नर्वक्लेशिक प्रतिक्रिया कम करने के लिये निम्न का उपयोग किया जाता है—विद्युनिद्रा (स्वापन के साथ), ब्रोमाइड के प्रसाधन, वालेरिआना, नर्वघाती प्रसाधन (मेप्रोवामेट, त्रिओक्साजीन, ख्लोरिडाजेपोक्सीड, लिब्रिउम, सेडुक्सेन), गुच्छिका- अवरोधकारी प्रसाधन (नानांफिन, ख्लोरप्रोमाजीन हाइड्रोक्लोराइड, हेक्सामेथोनियम आदि) और एटीहिस्टामीनिक प्रतिकंडुक प्रसाधन (टावेजिल या टावेगिल, डिमेड्रोल, सुप्रोस्टिन, डिप्रजिन आदि)। बी-सकुल के विटामिन और विटामिन पी-पी तथा ए प्रलिखित किये जाते हैं (वच्चो के लिये विकीर्ण रूप में और बड़ों के लिये विटामिन ए का तेल में सांद्रित घोल के रूप में; विटामिन ए और इ अतपेंशीय सुई के रूप में अलग-अलग या एविट के रूप में दिये जाते हैं)। अधेड रोगियों को मेथिलटेस्टोस्टेरोन प्रलिखित किया जाता है। सल्फरित हाइड्रोजन तथा रेडोन के घोल में स्नान, पराबैंगनी विकिरण और सौर चिकित्सा (फोटारसायनथेरापी) भौतिकीय चिकित्सा के साधन हैं। गेदे, बलूत की छाल या गुलदाउदी (कैमोमीले) के काढ़े के साथ स्नान की भी सलाह दी जा सकती है। स्नान के बाद शुष्क चर्म-क्षेत्रों पर कोई पोषक क्रीम (lanoline, ol olivarum, Aq destill aa 30 0) या जैतून (ओलिव) का तेल लगाया जाता है। नापथालान, टार, सल्फर, इड्युमोल, ASD घोल आदि के साथ केराटो-प्लास्टिक मलहम लगाये जाते हैं।

कोर्टिकोस्टेरोइडों से युक्त मलहम (सीनालार, लोकाकोर्टेन, फ्लूसीनार, फ्तोरोकोर्ट आदि) ग्रस्त क्षेत्र में लगाये जाते हैं। अनीलीन रजक, कास्तेनानी का पेंट और ओक्सीकोर्ट, जेओकोर्टोन (गेओकोर्टोन), लोकाकोर्टेन N, लोकाकोर्टेन-विओफोर्म मलहम द्वितीयक पैठन में प्रयुक्त होते हैं विसरित एवं प्रकीर्णित नार्चर्मशोथ के

रोगियों की तरह स्थानाबद्ध रोग-प्रक्रिया वाले रोगियों को भी प्रशामक और एटीहिस्टामीनिक प्रसाधन, मसालों, स्मॉकड (धूमायित) खाद्य पदार्थ और नमक के विहीन आहार दिया जाता है। अल्कोहलिक पेय और खुजली व चर्मशोथ तीव्र करने वाले आहार से पूर्ण परहेज किया जाता है। स्थानाबद्ध नार्बचमशोथ में आक्रांति-अधिकेंद्र के गिर्द 0.15 प्रतिशत सांद्र मेथीलीन नीला घोल की सुइ दी जाती है (उसके साथ वेन्केन या प्रोकेन हाइड्रोक्लोराइड का 2 प्रतिशत सांद्र घाल और जेलाटिन या पोलिवीनिलपीरोलीडोन का प्रोलौगेटर मिलाकर)। अधिकेंद्र के स्पष्ट शैवाकीकरण और अतर्प्यदन में अधिकेंद्र के गिर्द हाइड्रोकोर्टिजोन इमन्शन की सुइया वाछनीय है। वक्की की किरणों द्वारा चिकित्सा से भी लाभ होता है उसे बनाये रखने के लिये और पुनर्गवर्तन का निरोध करने के लिये गर्मियों में किसी दक्षिणी इलाके में व्यतीत करने की सलाह दी जाती है। साथ-साथ युक्तिसंगत स्वास्थ्यप्रद दिनचर्या, चिरकालिक पैठन-अधिकेंद्रों की चिकित्सा और आहागीय, औषधीय तथा घरेलू परोर्जको (जानवरों के गोओं, दैनंदिन जीवन में प्रयुक्त रसायनों, घरेलू धूल आदि) से बचाव भी आवश्यक होता है।

सामान्य मुंहासा

यह चर्म का एक सामान्य कौस्मेटिक रोग है। यह यौन परिपक्वता के आरंभ में शुरू होता है, क्योंकि इस समय गोनाडोट्रोपिक हार्मोनो के प्रभाव से वपाल ग्रंथियों की कार्यशीलता बढ़ जाती है। ऐंड्रोजन हार्मोन स्त्री-पुरुष दोनों में मुंहासों के स्फोट को तीव्र कर देते हैं। एस्ट्रोजनो की उच्च खुराक वपाल ग्रंथियों के स्नायी कार्य को दमित कर देती हैं और क्षतियों को प्रणामी बना देती है। मुंहासों का निकलना मासिक धर्म शुरू होने से पूर्व तीव्र हो जाता है। सगर्भता का प्रक्रिया पर लाभदायक प्रभाव पड़ता है, क्योंकि हार्मोनिक संतुलन सामान्य रहता है।

वपास्राव, साथ-साथ अनुकपी पारमस्तिष्क-केंद्र की तदनुरूप गडबडिया और वपा की संरचना में परिवर्तन—यह सब रोग के विकास में संप्रेरक घटक है। हेतुलोचनी घटक स्नाफिलोकोको की गदजनक जातियाँ और मुंहासे के कोरीनेबाक्तेरिउम एक्ने है। अतिपुंसजता के अतिरिक्त रोग के प्रति प्रवणकारी घटक निम्न हैं—जठरांत्र-मार्ग की गडबडिया, अविटामिनता, रक्ताल्पता, आनुवंशिक प्रभाव और आहार एवं द्रव्य-विनिमय की प्रकृति। इसके प्रिय स्थल चेहरा और वक्ष एवं पीठ के ऊपरी भाग है।

वपा के वर्धित स्राव और मशिकीय अतिशृग्नता के कारण वपाल ग्रंथिया के मार्ग केराटोटिक शृंगी प्लगों से अवरुद्ध हो जाते हैं इन प्लगों को कीलें कहते



हे)। वपा के जमाव और पूयकारी पैठन के कारण शोथी पिटकीय एवं पीपिकीय मुहासे जैसी क्षतिया उत्पन्न होती हैं। अधिकतर सर्गामित होते हैं और अधिक गहरी परतों तक वेधकर पहुँच जाते हैं, वे कठोरित एवं अतम्यंदित हो सकते हैं। विद्रवधिया बन सकती हैं। ऐसे कंसों में निर्वर्णकित क्षताक रह जाते हैं, जिससे चेहरे पर तरह-तरह का दाग और गड्ढे नजर आने लगते हैं। किस प्रकार की क्षतिया प्रचलित हैं, इसके आधार पर निम्न प्रकार के मुहासों में भेद किया जाता है—विमृत्तिक (चेचकमदृश) मुहासे, कुपोषण मुहासे और संकुली मुहासे (संगमरत वर्तुलाकार कीले)।

ऊतलोचनी आधार परिमर्शिकीय अतसर्पद और वपाल ग्रंथियों का फुलाव, रोध और कुपोषण है।

विभेदक निदान पीपिकीय सीफिलिस, आयोडाइडो व ब्रोमाइडों से उत्पन्न स्फोटों के साथ किया जाता है।

चिकित्सा—उग्रता-काल में रोगी को प्रतिजीवक दिये जाते हैं, मुख्यतः तेन्नासिक्लीन, ओलेतेत्रिन (2500000U प्रतिदिन तीन या चार बार, 20 दिनों तक) और एरीथ्रोमीसिन; विटामिन E, A, B₂, B₆, B₁₂, B₁₆, फोलिक व नीकोटीनिक अम्ल और मुखमार्ग से सल्फर के प्रसाधन प्रलिखित किये जाते हैं। द्वितीयक पूयकारी पैठन द्वारा उत्पन्न क्लिष्टता की स्थिति में स्ताफिलोकोकी टोक्सॅन एंटी-स्ताफिलोकोकी गामा ग्लोबुलिन और स्वरक्त-चिकित्सा की सलाह दी जाती है। एसीडीन-पेप्सिन (एक भाग पेप्सिन और चार भाग एसीडीन की गोलियाँ) व बेटाईन हाइड्रोक्लोराइड) पानक्रेआटिक प्रसाधन और विरेचक (दस्तवार साधन) पाचन को ठीक करने के लिये दिये जाते हैं। जननहार्मोन (एस्ट्रोजन) रोगी की उम्र और उसके अतसर्पद तंत्र की अवस्था को देखते हुए प्रलिखित किये जाते हैं।

बाह्यतः त्वचा का निस्सनेहित और निर्णैठित करने वाले प्रसाधन प्रयुक्त होते हैं। इसके लिये निम्न के अल्कोहलिक घोल प्रयुक्त होते हैं—रेसोर्सिनोल, सैलीसीलिक अम्ल, कैफर पारद क्लोराइड (0.5 प्रतिशत) खीमोप्सिन (ट्रिप्सिन के साथ खीमोट्रिप्सिन) और खीमोट्रिप्सिन। वपाम्नाव-शामक प्रसाधन भी दिये जाते हैं। सल्फर, रेसोर्सिनोल और इड्रामोल के जलीय निलवन (सम्पसन), इनकी सादृता धीरे-धीरे बढ़ायी जाती है।

कुटाली कंसों की चिकित्सा में बाक्तेरिक पीगेंजन (पीरोजेनल, प्रोडीजिऑजान) के साथ प्रतिजीवक का प्रयोग किया जाता है, कीलो और पीटको को दूर किया जाता है। मुहासे के दूर होने के बाद सल्फर-यूर से युक्त पाउडर और कैफर या ख्लोराफेनीकोल स्पीरिट या कुम्मेरफील्ड (Kummertfeld) का घोल प्रयुक्त होता है।

Rp (amphorae tritae
 Gummi arabici āā 3 0
 Sulpher pp. 10 0
 Aq Calcis ad 100 0

MDS अधिकेंद्र पर मलने के लिए बाह्य प्रसाधन

पराबैगनी किरण और फोटोरसायन-चिकित्सा (PUVA-थेरापी) सुसंकेतित है।

लाल मुंहासा

लाल मुहासा मुख्यतः तैल वपास्राव से पीडित रोगियों में शरीर-गठनात्मक कुंभिक नर्वक्लेश की एक अभिव्यक्ति है। संप्रेरक घटक है—जठरांत्र की गडबड़िया (जठरशोथ, अक्सर अवाम्लीय या अनम्लीय और आंत्र शोथ), पनपू नर्वक्लेश, रजोनिवृत्ति और जाडो के समय खुले में या तप्त उत्पादन-प्रक्रिया वाले कर्मांत्य में श्रम। डेमोडेक्स फोलीकुलोसूम (वपाल ग्रथियों की एक कुणपतृण चिंचडी) कुछ रोगियों में निर्वाहक (सस्टेनिंग) घटक का काम करती है। रोग अधिकांशतः औरतो को 40 से 50 वर्ष की उम्र में होता है।

रोग नाक, गालों और ललाट के मध्य भागों पर लाली से शुरू होता है, जो गर्म व क्षोभक भोजन, अल्कोहल तथा रागात्मक घटकों से तीव्र हो जाती है। इसके बाद दूरकुंभीविस्फारण और फिर परिमशिकीय पिटकों की उत्पत्ति होती है। लाल मुहासा (या रोजासिया) शुद्ध रूप में भी हो सकता है, लेकिन अक्सर सामान्य मुहासे और द्वितीय पैठन से क्लिष्ट हो जाता है।

रूपलोचनी अभिव्यक्तियों के अनुसार इस रोग के निम्न रूप (चरण) होते हैं—(1) ललामक्लेशिक रोजासिया, स्थायी रक्तस्फीति, इसकी पृष्ठभूमि में सतही दूरकुंभीविस्फारण के जाल का विकास, चर्म का मोटा और चिकटा (तेलचट) होना, अतिपोषित वपाल ग्रथियों के मुहानों का विस्फारित होना, (2) पिटकीय रोजासिया, सतही मुंहासा-सदृश मशिकीय पिटक; कीलों (कोमेडोनों) की अनुपस्थिति; (3) पीपिकीय रोजासिया, पीपिकाएँ, जिनके मध्य में पूयमृत्ति होती है, (4) ततुकुंभी-विस्फारक रोजासिया, पर्याय अतिपोषित रोजासिया (रीनोफीमा-लुंडित नाक), लुंडित (लोबुलेटेड) बैंगनी, मुलायम लसत गुल्म; पीपिका, दूरकुंभीविस्फारण और क्षताक।

चिकित्सा के रूप में निमित्त कारणों को दूर किया जाता है—अतःसर्वांगी गडबड़ियों की चिकित्सा, जनन-उपकरणों की गडबड़ियों और रोगों को दूर करना पट व यकृत के रोगों का इलाज मलविसर्जन का आहार में क्षोभक

पदार्थ नहीं होने चाहिए, अल्कोहल, गम पेय और मसालों से परहेज करना चाहिए।
 एसीडीन-पेप्सिन और वी-मकुल के विटामिन मुखमार्ग के दिये जाते हैं।

द्वितीय पैटन की स्थिति में मुखमार्ग से तंत्रासिक्लीन दो या तीन सप्ताह तक या एंथोक्सीडिआमिनोआक्सीडीन कैक्टेट 10 दिनों तक नित्य तीन बार प्रलिखित किया जाता है।

वाह्य वपास्त्राव-शामक चिकित्सा हिओक्सीजोन या लॉरिडेन (1 मलहम के साथ 30 प्रतिशत सल्फर से युक्त मलहम द्वारा होती है (अंतिम में पहले सल्फरयुक्त मलहम एक-तिहाई मात्रा में रखते हैं, फिर दोनों मलहम आधा-आधा मिलाकर प्रयोग में लाते हैं), इड्र्यामोल-रेसोर्सिनोल पेस्ट भी लाभकर होता है। बारी-बारी से गर्म और ठंडे पानी से धोना भी कुम्भिक तानता बढ़ाने के लिये अच्छा होता है। धूप और फ्लुओरीडेटेड कोटिकोस्टेरोइड से परहेज करना चाहिए।

रीनोफीमा की चिकित्सा करार्जिक रीति से स्काल्पेल या छूरी द्वारा या ताप-दागन (थर्मोकाउटराजेशन) द्वारा अतिपोषित प्रवर्ध को दूर करने से होती है। प्रारम्भिक चरण में कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ द्वारा शीत-चिकित्सा या केश-विद्युत् (हेयर-एलेक्ट्रोड) द्वारा आयुरी पारतापन भी लाभकारी उपाय है।

Rp Sulphur pp
 Glycerini
 Aq Amygdalarum amar
 Aq Calcis ad 100
 MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

Rp Resorcini
 Sulphur pp 50
 Calcis carbonici
 Zinci oxydati
 Ol. Lini
 Aq Calcis 100
 MDS. बाह्य अनुयोग के लिये

अपशल्की चर्मरुणता (लाइनर का रोग)

रोग का हेतुलोचन अभी तक स्पष्ट नहीं हो पाया है। रोग के कारणों से संबंधित कई विचार प्रस्तुत किये गये हैं। उदाहरणार्थ, लाइनर यह मानते थे कि रोग स्व-आगरण से होता है, क्योंकि उनके अनुभव में इस रोग की चर्म क्षतिग्रस्त के साथ-साथ जठरांत्र की गड़बड़ियाँ अवश्य मिलती थीं। अन्य वैज्ञानिकों का मानना

है कि रोग द्रव्य-चिनिमय के उत्पादों के प्रति स्वनपदीकरण, जावटांमिनता (विआटिन और विटामिन ए की कमी) और समर्पता के अपसामान्य प्रवाह (गरलता) में होता है। रोग तीव्र होता है और घातक भी हो सकता है।

तत्त्विक चित्र—रोग अवपुष्ट बच्चों में उनके जीवन के प्रथम माह में विकसित होता है। यह मार्बेर्देहिक दद्रुक स्फोटों के रूप में अभिव्यक्त होता है जो जननेद्रियों, नित्वां या शिरोवल्क से शुरू होते हैं। स्वस्थ दिखती त्वचा पर थोड़ा-सा उभरे हुए विसरित ललामक्लेशिक-शल्की शोफित अधिकेंद्र इस रोग की विशिष्ट क्षतिया हैं। वृहत् चर्मपुटकों के क्षेत्र में रिसाव, मसृणन तथा वृहत् पटनित शल्कन और साथ ही शिरोवल्क पर वपास्त्रावी प्रकार के चिकटे शल्क पाये जा सकते हैं। रोग अनपच, तीव्र आत्रशोथ, सड़ाध लिये हुए अतिसार, दुर्बलता, अवपोषण (दूध में विटामिन एच की कमी), अवख्रोमिक रक्ताल्पता, रिसालु पारश्लेषण और कभी-कभी क्लोमशोथ की पृष्ठभूमि में उत्पन्न होता है। लसपर्वों, यकृत और प्लीहा का वर्धन, श्वेताल्पता और अवग्लोबूलिन-रक्तता अक्सर पायी जाती है।

लाइनर के रोग में शरीर का तापक्रम या तो सामान्य रहता है, या अवज्वरीय होता है। सहवर्ती क्लिष्टताओं के कारण तापक्रम $38-39^{\circ}\text{C}$ तक पहुँच सकता है। रक्त में एओजीनोफीलो की कमी या पूर्ण अनुपस्थिति एक लक्षक चिह्न है (तुलना करे बच्चों में रिसालु पारश्लेषण और वपास्त्रावी दिनाइ से, जिनमें एओजीनोफिल अवश्य होते हैं)।

विभेदक निदान वपास्त्रावी दिनाइ, सीफिलिसी बुदबुदिया, रिडर के रोग, कादीदक्लेश और नवजात के तीव्र बहुमरिक बुदबुदिया के साथ किया जाता है, जो सीफिलिसी बुदबुदिया की तरह ही बाक्तेरीस्कोपी के धनात्मक (सकारात्मक, पुष्टिकारी) परिणामों और बुल्लानुमा क्षतियों की उपस्थिति से विभेदित होता है। रिडर का रोग धनात्मक निकोल्स्की-लक्षण और मुँह के गिर्द शुरू होने वाली क्षतियों से लक्षित होता है।

वपास्त्रावी दिनाइ से पीडित बच्चों में सामान्य अवस्था नियमतः अच्छी रहती है। कोई आत्रशोथ, अतिसार या अवख्रोमिक रक्ताल्पता तथा एओजीनोफीलिया नहीं होती और ऐसी स्थिति लाइनर रोग के लिये लक्षक नहीं है।

चिकित्सा—विटामिन A, B₂, B₆, B₁₂, C, H दिये जाते हैं। विटामिन एच (बिओटिन) 0.003-0.005 ग्राम की खुराक में नित्य तीन बार दिया जाता है। रक्त-चिकित्सा और गामा ग्लोबूलिन की सुझा वाछनीय होती हैं। प्रतिजीवकों (मेपोरिन, ओलेटेट्रिन आदि) से और तीव्र केसों में कोर्टिकोस्टेरोइडों तथा अनाबोलिक हार्मोनों से लाभकारी प्रभाव मिलता है। विवेकसगत आहार और ठीक समय पर

कृत्रिम दग्ध-पान का प्रबंध करना चाहिए। वच्चे की सफाई सबधी देखभाल में पोटेशियम परमेगनेट या वनूत की छाल (अथवा गेदे) के काढ़े के सुसुम ($37.5-38^{\circ}\text{C}$) घाल में आपादमस्तक स्नान बहुत महत्वपूर्ण है। त्वचा में काटिकोस्टेरोइड मलहम और विटामिन ए व ड प्रतिशत नाफथालान (या 3-5 प्रतिशत साइप्रम वॉर्ट) से युक्त क्रीम लगाया जाता है।

भविष्यवाणी—यथानुमय युक्तिसंगत चिकित्सा, पर्याप्त भोजनचर्या और सफाई सबधी देखभाल से वच्चा कुछ सप्ताह में ठीक हो जाता है।

आंत्रगादिक आक्रोचर्मशोथ (डानबोल्ट-क्लोस का रोग)—यह एक जीनीचर्मक्लेश है, जो खमीरी त्रिप्ताफान के व्यवधानित विनिमय और शरीर में जस्त की कमी से संबंधित है। यह अवगामी स्वकायिक प्रकार (रिसेसिव औटोसोमल टाइप) द्वारा विरासतिगत होता है। यह शायद गर्भावस्था में उत्पन्न गरलक्लेश के कारण बाह्य भ्रूणचर्म का जन्मजात कुविकास माना जा सकता है। कादीदक्लेश और पूयकोकी पैठन रोग के तल्पक प्रवाह को निश्चित रूप से प्रभावित करता है। रोग जीवन के प्रथम वर्ष में, अक्सर जन्मोपरात प्रथम सप्ताहों में विकसित होता है, वयस्कों में बहुत विरल होता है।

वस्तिकीय-बुल्लंदार या तलामिक् गिस्तान क्षतियां नैसर्गिक द्वारों (मुख, पृष्ठद्वार) के गिर्द, चर्मपुटकों में, मूलाधार में या हाथ-पैर के परिसरीय भागों (उगलिधों) पर उत्पन्न होती है (जिन पर यात्रक चांट लगी होती है)। नखों में कुपोषणजनित परिवर्तन प्रेक्षित होते हैं। पटलित खर्जूरूपी शल्कन अधिकेद्रों पर बाद में विकसित होता है। मुख-श्लेष्मला अक्सर ग्रस्त हो जाती है। हाथ-पैर के नख विकृत हो जाते हैं। शिरोवल्क, पलकों तथा भौहों पर खल्वाटता (निलोमता) या बालों की विरलता शुरू हो जाती है। स्फोटों के साथ-साथ जठरांत्र की गड़बड़ियां, पलकशोथ, प्रकाशभीति और दुर्बलता प्रेक्षित होती है।

औटोप्सी से आंत्र-व्रण और छोटी-बड़ी दोनों आंतों का शोथ प्रेक्षित होता है।

आंत्रगादिक आक्रोचर्मशोथ का निदान करने में निम्न रोगों की सभावना दूर करनी पड़ती है—बुल्लंदार अधिचर्मलय, प्राथमिक चार्म कादीदक्लेश (खमीरी कवकों के परीक्षण से), ड्यूरिंग का रोग और पीपिकीय खर्जूक्लेश।

चिकित्सा—ओक्सीडोलीनोलीन के उत्पाद प्रलिखित किये जाते हैं, ये हैं—एटेरोसेप्टोल (0.125-0.25 ग्राम नित्य दो बार, 5 दिन के अंतराल के साथ 10-10 दिन के चक्रों में, कुल पांच चक्र) और निस्टाटिन (500000U नित्य तीन या चार बार 14 से 18 दिनों तक)। विटामिन B_{12} , B_{12} , PP और एवीटुम प्रलिखित किये जाते हैं।

हाल में अच्छा प्रभाव जिक के प्रसाधनों से प्राप्त किया जा रहा है जिका

राटी या जिकी ओक्सीडार्टी (जो बेहतर है) की 0.05 ग्राम सूली में मिलते हैं, मुखमार्ग से दिन में दो या तीन बार ग्रहण 20 दिन के चक्र दोहराये जाते हैं। एटेरोसेप्टोल की जगह जा सकता है—तीन साल से कम के बच्चे को दिन में 0.1g बार में वाटकर दी जाती है। तीन साल से अधिक के बच्चे ग्राम तीन बार खाने के बाद दिया जाता है। चिकित्सा पांच दि-10 दिन के चक्रों में की जाती है।

बाह्य प्रयोग की दवाएँ हैं—अनीलीन रजकों के जलीय घोल, एर औथोसिआनिन, कोलीमीसिन (नेओमीसिन) हेलिओमीसिन, ग्रीसिन, हिओक्सीजोन, लोरिडेन C और लोकाकोर्टेन N या (

बालों के रोग

स निरूपित खोतेदार खल्लाटता

खोतेदार खल्लाटता (निर्लोमता) में शिरोवल्क, दाढ़ी, भौंहों, घन के परिमिता गोल क्षेत्रों से बाल झड़ जाते हैं। अधिक



प्रसार करते हुए अक्सर सगमित हो जाते हैं और खल्वाटता के विस्तृत क्षेत्र बना लेते हैं, जिनका किनारिया बहुचक्रीय (पोलीसाइक्लिक) होती है।

खल्वाटता के नाजे अधिकेंद्र ललामिक और शोफित होते हैं। बाद में आक्रांत चर्म चिकना हो जाता है और हाथी-दात के रंग का हो जाता है। अक्सर अधिकेंद्र के लोमां (बालों) के कुछेक मिलीमीटर लंबे ठूठ रह जाते हैं, इनकी जड़े हल्का शोफित होती हैं और इनके शिखर पतले तथा प्रश्नवाचक चिह्न की तरह हो जाते हैं। इन बालों को सरलता से दूर किया जा सकता है। सिर पर सूक्ष्म अधिकेंद्रित खल्वाट क्षेत्रों वाली निर्लोमता कभी-कभी बच्चों में पायी जाती है। इसे सूक्ष्मचित्तिक निर्लोमता कहते हैं।

प्रवाह—रोग कई महीनों और कभी-कभी वर्षों तक चल सकता है, पुनरावर्तित होता रहता है और कुटाली होता है। ठीक होने पर पहले कोमल रोए निकलते हैं, बाद में इनकी जगह पर मोटे (सामान्य) और वर्णकित बाल उग आते हैं।

हेतुलोचन अज्ञात है।

गदजनक महत्त्व निम्न घटकों को दिया जाता है—शरीर की विभिन्न गडबडियां (गरलताजनित, पेठनजनित, अतर्सावी, द्रव्य-विनिमय संबंधी, नार्बअतर्सावी और कुपोषणजनित नर्वक्लेशिक); पराढालवत एवं ढालवत ग्रथियों की अवक्रिया, अवकोर्टिकता (हाइपोकोर्टीसिज्म), शरीर में जस्ते की कमी, त्रिप्तोफ़ान-विनिमय में गडबडी, अविटामिनता, स्व-इमूनी एवं विलंबित पैठी-परोर्जिक अवसवेदिता।

इस रोग के साथ-साथ निम्न सवृत्तियां प्रेक्षित हो सकती हैं—एओजीनोफीलिया, लिफोसितोसिस, क्षेत्रीय लसग्रंथिशोथ, नखों का कुपोषण और सिरदर्द। कुछ केस ऐसे भी मिलते हैं, जिनमें शिरोवल्क, भौंहो, पपनियों और पूरे शरीर के सारे बाल (लोम, केश, रोए) झड़ जाते हैं। पूर्ण दुर्दम निर्लोमता उन रोगियों में विकसित होनी है, जिनमें आनुवंशिक कुयोग, अवढालवत्ता और अवकोर्टिकता होती है।

बच्चे कभी-कभी रोग के एक बहुत ही कुटाली रूप से ग्रस्त हो जाते हैं, जिसमें खल्वाटता का टेढी-मेढी पट्टी पश्चकपाल से कानों तक पहुंच जाती है (सेल्सस की सर्पता, सीमेन्स की सीमावंत खल्वाटता)।

कवकों के लिये बालों और शल्को के सूक्ष्मदर्शन के नकारात्मक परिणाम, सीरमलोचनी परीक्षणों के नकारात्मक परिणाम और सीफिलिस की अन्य अभिव्यक्तियों की अनुपस्थिति द्वारा इस रोग को सीफिलिसी खल्वाटता और शिरोवल्क की कवकता से विभेदित किया जा सकता है।

चिकित्सा—निम्न औषधियां प्रलिखित की जाती हैं—विटामिन A, E, C, H, D B संकुल और साथ ही निकोटिनिक पाटोथेमिक तथा फोलिक अम्ल एवं प्रसाधन बेरोक्सान प्सोरासेन आमीफूरिन मेलाडीनीन हर्मोनिक

चिकित्सा (ACTH कोर्टिकोस्टेरोइड) और प्रशामक प्रयुक्त होते हैं।

बाह्य चिकित्सा में स्थानिक रक्तस्फीति उत्पन्न करने तथा नानता बढ़ाने वाले साधन प्रयुक्त होते हैं। अल्कोहल के तथा अन्य घोल (जिनमें सल्फर, सैलीसीलिक अम्ल और ख्लोरल हाइड्रेट मिले रहते हैं) स्ट्रिंग-पेप्पेर का टिचर, आम्मीफूमिन, मेलाडीनीन आदि से मालिश, जिसके बाद परावैगनी विकिरण अथवा प्रोटोखेमोथेरापी (PUVE-थेरापी), स्टेरोइड क्रीम और नाफ्थालान आदि।

Rp T-rae Cantharadis
Resorcini
Ac Salicylici 5 0
T-rae Capsici 10 0
spiritus vini 96% ad 100 0
Glycerini 3 0
Ol Ricini 10 0
MDS बाह्य अनुयोग के लिये

Rp Sulphur pp. 10 0
Spiritus camphor 25 0
Glycerini 15 0
Ac. lactici 1.0
Aq destill 120 0
MDS बाह्य अनुयोग के लिये

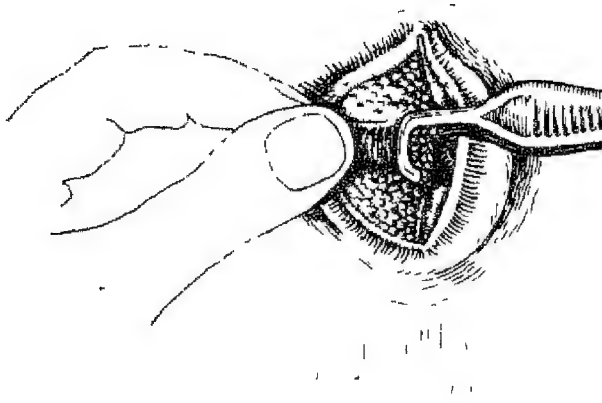
बक्की की सीमात (बोर्डरलाइन) किरणें, परावैगनी विकिरण और (दासोवालीकरण—उच्च आवृत्ति एवं उच्च वोल्टता की प्रत्यावर्ती विद्युत्-धारा का उपयोग) भौतिकीय चिकित्सा की लाभकर रीतिया हैं। कार्बन-डाई-आक्साइड की बर्फ और वीनिल क्लोराइड से शीत-चिकित्सा, शीत-मालिश और विद्युत्ब्रश से मालिश का भी उपयोग होता है।

चर्म-वर्णकता की गड़बड़ियां

चर्म की वर्णकता तीव्र हो जाती है (अतिवर्णकता) या क्षीण (अवर्णकता)। वर्णकता की गड़बड़ियां द्वितीयक हो सकती हैं (किसी प्राथमिक या द्वितीयक चर्म-क्षति की अवगति या उपशमन के बाद) या प्राथमिक। अतिवर्णकता चर्म में मेलानिन नामक वर्णक का उत्पादन तीव्र होने से विकसित होती है। अवर्णकता मेलानिन के अपूर्ण या उसकी बिल्कुल अनुपस्थिति से होती है।

झौरिकाण और

अक्सर गर्भवती स्त्रियों के चेहरे पर कत्यद भर



शिवत्र

धब्बे) सीमित अतिवर्णकता से संबंधित है, जबकि शिवत्र (वीटीलीगो) और विरल सवृत्ति निरंजता मेलानिन की अनुपस्थिति से लक्षित रोगों से संबंधित है।

शिवत्र

शिवत्र धड़ या हाथ-पैरों के चर्म-क्षेत्रों पर मेलानिन के लोप से लक्षित होता है। यह किसी भी उम्र के लोगों में पाया जा सकता है, लेकिन अधिकांशतः बचपन और किशोरावस्था में होता है।

हेतुलोचन और गदजनन अज्ञात है। अतर्सावी गडबडियों के सिद्धांत और रक्त में तावे, लोहे व सूक्ष्म पोषक तत्वों (ट्रेस एलिमेंटों) की कमी या मेलानोजेनन में भाग लेने वाले खमीरों की सक्रियता में कमी या उसके पूर्ण दमन का सिद्धांत अधिकांशतः मान्य है।

आक्रानि अक्सर हाथों (हथेलियों के पीछे) और धड़ पर सममित रूप से अवस्थित होती हैं और अक्सर वृहत क्षेत्रों पर फैल जाती हैं। अतिवर्णकित बलयों से घिरे हुए वर्णकहीन श्वेत धब्बे बन जाते हैं। शिवत्र के क्षेत्रों पर लोम (रोए) बने रहते हैं, लेकिन अक्सर वे भी निर्वर्णकित हो जाते हैं।

निर्वर्णकित क्षेत्रों में कभी-कभी अतिवर्णकता के द्वीप भी देखे जाते हैं। शिवत्र के धब्बे सगमित हो सकते हैं इस स्थिति में वे पेट पीठ और नितंबों के वृहत क्षेत्रों

पर और कभी-कभी तो पूरे धड़ पर छा जात है। जब शिवत्र क साथ बीच-बीच में सामान्य चर्म भी होता है, तो त्वचा चितकबरी लगती है। शिवत्र के अधिकेंद्र (आक्रांति क्षेत्र) परावैगनी किरणों तथा सौर स्पेक्ट्रम के प्रति अतिसंवेदी होते हैं। कभी-कभी निर्वर्णकित क्षेत्रों के प्रकट होने से पूर्व वहां ललामक्लेशिक अधिकेंद्र भी बन जाते हैं। कोई आत्मगत अनुभूति, शिवत्र-धब्बों का शल्कन या अपोषण नहीं होता।

शिवत्र के साथ-साथ कठचर्मता, खोतेदार खत्वाटता आदि भी हो सकती है।

ऊतलोचनी चित्र—शिवत्रिक अधिकेंद्रों में मेलानिन की पूर्ण अनुपस्थिति और उनकी किनारियों पर मेलानिन का विशेष जमाव होता है। अधिकेंद्रों के पीछे अधिचर्म और सुचर्म में हल्की शोथी प्रक्रिया की पृष्ठभूमि देखी जाती है।

चिकित्सा—फुरकोमारिन (furconmarin) के प्रसाधन प्रलिखित किये जाते हैं। मेलाडीनीन, आम्मीफूरिन, बेरोक्सान, प्सोरालेन, फुरालेन और प्सोबेरान। मेलाडीनीन खाने के पहले मुखमार्ग से दो या तीन बार ग्रहण किया जाता है (चिकित्सा के एक दौर में 200 से 400 टिकिया लगती हैं)। साथ ही शिवत्र के अधिकेंद्र मेलाडीनीन के अल्कोहलिक घोल (1 : 1, 1 : 2) से पेंट किये जाते हैं और दो-तीन घंटे बाद 1-2 से 15-20 मिनट के लिये परावैगनी विकिरण की ललामिक खुराक के प्रति अनावृत किये जाते हैं। चिकित्सा का एक दौर 15 से 20 अनावृतियों में समाप्त होता है। चार से छः सप्ताहों के अंतरालों पर इस चिकित्सा के तीन या चार दौर की सलाह दी जाती है। आम्मीफूरिन और बेरोक्सान बाह्य रूप में (टिचर की तरह) और मुखमार्ग से (0.2 ग्राम की टिकियों के रूप में) प्रयुक्त होते हैं (चिकित्सा के एक दौर में 250 से 300 टिकियां लगती हैं); इसके साथ-साथ 0.5 प्रतिशत सांद्र Sol Cupri sulfurici के दस बूंद खाने के बाद दिन में तीन बार ग्रहण किये जाते हैं। फूरोकूमारिन से चिकित्सा के साथ-साथ धमनी दाब पर निगरानी रखी जाती है, मूत्र व रक्त की जांच करायी जाती है। कोर्टिकोस्टेरोइडों की हल्की खुराकें कुछ केसों में कारगर सिद्ध होती हैं। नन्हे शिवत्र-अधिकेंद्रों में 0.2-1 मिलीलीटर हाइड्रोकार्टीजोन-निलंबन की सुइया (कुल 5-10 अवचार्म सुइयें) कुछ केसों में वर्णकता को पुनर्स्थापित कर देती हैं। विटामिन B₁ व B₂ और निकोटिनिक अम्ल प्रलिखित किये जाते हैं।

भविष्यवाणी अधिकांश केसों में प्रतिकूल ही होती है। वर्तमान चिकित्सा रीतियां कुछ केसों में प्रक्रिया को आगे बढ़ने से रोक लेती हैं और कुछ में रोग को ठीक भी कर देती हैं। स्वतः स्फूर्त रूप से ठीक होना बहुत ही विरल है।



आधारार्ब

दुर्दम चर्म-अर्बुद

१ आधार-कोशिकीय कर्काब या आधार-कोशिकीय

। चर्म-कैंसरों के लगभग ८० प्रतिशत कैंसरों में पाया जाता है। यह क रूप से ही दुर्दम चर्म-अर्बुदों के ग्रुप में शामिल किया गया है न-रीति से इसका प्रसार विरल है और रोगी की इस रोग से मृत्यु भी। हेतुलोचनी रूप से आधारार्ब अपभ्रूणीय (भ्रूण-विकास की) तथ कहीं अधिक संबध रखता है, वनिस्वत कि कैंसरजनक क्षोभके

चित्र मद वर्धन से लछित होता है। आधार-कोशिकीय उपकलाब वेका या गोल परिसीमित अतिशृंगनता से उत्पन्न होता है। लछक

(विशेषता-सूचक) लक्षण निम्न है—हल्का गुलाबी रंग, शोथी घटक की अनुपस्थिति, पतली और अपेक्षाकृत कठोर, शोफित किनारी, जो चमकदार और दूर कुर्भीविस्फारण से विधी होती है। शोफ के क्षेत्र में अलग-अलग नन्हे चमकदार भाँती जैसे पिटक भी पाये जा सकते हैं, जो उपकलार्ब के लिये बहुत ही गढ़ाचीनक लक्षण है। अधिकेंद्र के मध्य में एक पिटक बनता है, जिसका अपरदन होता है, फिर उस पर खड़ी बनती है। अधिकेंद्र क्रमशः वर्धित और व्रणित होता है। अधिकांश केसा म व्रणन (जो महीनो और वर्षों की अवधि में उत्पन्न होता है) सतह पर बहुत धीरे-धीरे फैलता हुआ बढ़ता है। व्रण की तली चिकनी होती है और चारों ओर की सूजन सतत या अलग-अलग कणों के रूप में होती है, सूजन का घनत्व उपास्थि जैसा होता है।

क्षताकन व्रण के केंद्र और उसकी किसी एक किनारी पर एक साथ शुरू होता है। व्रण का गहराई में जाना कम प्रायिक होता है; यदि जाता है, तो इसका अतस्यद नीचे के ऊतकों और यहाँ तक कि अस्थियों को भी नष्ट करने लगता है।

ऊतलोचनी परीक्षण से पता चलता है कि कोशिकाओं में छत्ते जैसा वर्धन हो रहा है। नाभिक बहुत बड़े होते हैं, प्रोटोप्लाज्म बहुत क्षीणता के साथ व्यक्त होते हैं, जो अधिचार्म आधारीय कोशिकाओं की तरह ही होते हैं। उनमें ग्लूकोजन नहीं होता और उन्हें चट विद्युत्-प्रकाशिकीय गुणों के आधार पर पहचाना जाता है। उनका प्रोटोप्लाज्म वर्धित ओस्मोफीलिया द्वारा लंछित होता है। सूत्रलवो में विस्तृत विषमताएँ नजर आती हैं।

यहाँ हम आधारार्ब के निम्न रूपों को संक्षेप में देखेंगे—(1) सतही आधार-कोशिकीय उपकलार्ब, जो मुख्यतः धड़ पर स्थित होता है और परिसर में बहुत धीरे-धीरे फैलने वाले धब्बे के रूप में व्यक्त होता है, इसके गिर्द पतले व अपेक्षाकृत कठोर पिटको का घेरा होता है, केंद्र में शल्की खड़ी पड़ जाती है, जिसके गिरने पर अपोपित ललामक्लेशिक सतह नजर आती है; (2) चपटा क्षतांकी उपकलार्ब सतही होता है और अक्सर कनपटी के चर्म पर बनता है, यह केंद्र में क्षतांकी-अपोषज परिवर्तनों और सूजी हुई किनारियों वाले विसर्पी उत्वर्ध द्वारा लंछित होता है, (3) कठचर्मता जैसा आधारार्ब, जो छोटे सिक्के के आकार का धब्बा होता है, इसका रंग हाथी-दात की तरह होता है और यह अक्सर ललाट पर उत्पन्न होता है; (4) पर्विकीय उपकलार्ब, जो बाजरे से लेकर मटर के बराबर तक का गोल, कठोर गुल्म होता है, जो छोटी खट्टियों और क्षतांको से ढका होता है, यह ललाट, पलको और शिरोवल्क पर होता है। एक कठोर, गहरे क्रेटर जैसे व्रण भी बनते हैं, जिनकी तली असमतल होती है (छेदक व्रण, जो अक्सर चेहरे के ऊपरी अर्ध पर होता है) ये व्रण एक द्रुत प्रगामी प्रक्रिया द्वारा लंछित

होते हैं, जिसमें गहरे ऊतक की विमृति होती है, मोती के रंग के सूजन नहीं होते, अस्थियो और उपास्थियो का विनाश होने लगता है, तीव्र रक्तस्राव और छूने में दर्द होता है, लेकिन अपवहन की प्रवृत्ति नहीं होती (इनके सामान्य स्थल नथूने, कर्ण-पालिका, मुंह के कोने और पलक हैं)।

चिकित्सा—ओमेन (Omain) के मलहम, 5 प्रतिशत पोडोफिलिन वाजेलीन, शीत चिकित्सा और करोर्जिक पारतापन का उपयोग (व्रण बनने से पूर्व) लाभदायक होता है। निकट नाभि वाली एक्स-रे-चिकित्सा, रश्मिसक्रिय समस्थो का प्रयोग और अर्बुद को करोर्जन से दूर करना (जिसके बाद विकिरण और आवश्यकता पड़ने पर चर्मरोपण किया जाता है)—यह सब उपकलार्ब के व्रणन की अवस्था में लाभदायक होता है।

कंटकोशिकीय उपकलार्ब

कंटकोशिकीय उपकलार्ब या चर्म की काटल कोशिकाओं का कर्कार्ब वास्तविक शल्क-कोशिकीय कर्कार्ब है, जो दुर्दम अंतर्स्पर्दी एव विनाशकारी प्रवर्ध एव अपवहन द्वारा मुख्यतः लसजनक मार्ग से लक्षित होता है। यह विभिन्न रासायनिक या भौतिकीय क्षोभकों के कारण और श्वेतसिलत्व, श्वेतशृगनता, बुढ़ापे के शृंगार्ब, वृत्ता के क्षतांको तथा एक्सरेजनित व्रणों की पृष्ठभूमि पर भी उत्पन्न होता है। विवर्ण त्वचा वाले रोगियों में इस रोग के प्रति प्रवणता अधिक होती है। कंटकोशिकीय उपकलार्ब सतही शल्की पिटको के रूप में होता है। इन पिटको से मसानुमा प्रवर्ध तेजी से बढ़ने लगते हैं, इनके केंद्रों में अपघटन शुरू हो जाता है और क्रैटर जैसे व्रण बनने लगते हैं। प्रारंभिक प्रसार अपवहन की विधि से क्षेत्रीय लसपर्वों तक प्रेक्षित होता है। अर्बुद चर्म के किसी भी क्षेत्र पर उत्पन्न हो सकता है, फिर भी इसके प्रिय स्थल नैसर्गिक द्वारों के गिर्द, मुख-श्लेष्मला (जीभ), गला, हथेलियों के पीछे और जबड़े हैं।

कर्कस (कैंक्रोइड) कंटार्ब का एक अंतर्स्पर्दी रूप है। यह कठोर, मुश्किल से हिलने वाला पीड़ाहीन अर्बुदों के रूप में व्यक्ति होता है, जिनकी अवच्छिन्न (अ-सतत) किनारियां विदारों से कटी-फटी होती हैं। अर्बुद अक्सर व्रणित हो जाते हैं और सरलता से रक्तस्राव करने लगते हैं।

पिटिकीय (पनपू) काटल (कंटकोशिकीय) कर्कार्ब एक एक्सोफीटिक चपटा मसानुमा अर्बुद है, जो फूलगोभी की तरह बढ़ता है; इसमें अपघटन की प्रवृत्ति होती है। इसके प्रिय स्थल निचला होंठ और जननेद्रिय के क्षेत्र हैं।

ऊतगदलोचन—अविशिष्ट (अविभेदित) कंटकोशिकाओं का जाल जैसा बहुलन और मोती जैसी केराटोटिक कोशिकाओं के खोते पाये जाते हैं अर्बुद की

कोशिकाएँ सुचर्म और अवश्लेष्म को वेधकर पहुँच जाती हैं। सीतोप्लाज्मा में रीबोनुक्लेइक अम्ल की मात्रा और खमोर्गी सक्रियता बढ़ती है (डीएनएडिओजेनाज और क्षारीय फोस्फाटाज की)।

चिकित्सा—निकट-नाभि वाली एक्स-रे-चिकित्सा का प्रयोग होता है। अर्बुद को विद्युत् करोजन से स्वस्थ ऊतकों समेत उच्छेदित कर दिया जाता है, लसपर्वों को दूर किया जाता है और इसके बाद रेडियो-चिकित्सा और 0.3 प्रतिशत ओलीवोमीसिन का मलहम प्रयुक्त होता है।

क्रव्यार्ब

चर्म का क्रव्यार्ब प्राथमिक या द्वितीय (अपवहन से उत्पन्न) हो सकता है। क्रव्यार्ब अपरिपक्व योजक ऊतकों का एक दुर्दम नौवर्ध है। चर्म-क्रव्यार्ब शुरू में सुचल होते हैं (अपने स्थान से हिलडुल सकते हैं, एक जगह दृढ़ता से जमे नहीं होते) और द्रुत वर्धन द्वारा लक्षित होते हैं। इसके ऊपर का चर्म भी सुचल और अपरिवर्तित होता है। बाद में ऊपर का चर्म लाल-बैंगनी हो जाता है और अर्बुद बहुत कड़ा हो जाता है, व्रणन एवं वर्धन जारी रखता है। पूरकतिल स्राव वाले गहरे व्रण बनते हैं। लसपर्वों तथा अस्थियों तक अपवहन होता है। क्रव्यार्ब एक मेलानोकोशिकीय तिल से शुरू हो सकता है (अक्सर चोटज क्षति के बाद, स्वतःस्फूर्त प्रक्रिया बहुत विरल है)। इसके बाद उसका अतस्पर्धन शुरू हो जाता है, वह काला और वर्धित होने लगता है। परिसर में एक शोथी वलय पाया जाता है। तिल व्रणित होता है, लसपर्वों, यकृत तथा मस्तिष्क की ओर अपवहन होता है और रोगी की मृत्यु हो जाती है।

तीव्र प्रवाह ग्रहण करने वाले क्रव्यार्ब में मृत्यु कुछ महीनों में हो जाती है। चिरकालिक प्रवाह में रोगी कई वर्षों तक जीवित रहता है।

गर्म देशों के कुछ चर्म रोग

पिंता (स्पेनिश pinta, अर्थात् नन्हा धब्बा) एक चिरकालिक अ-रतिज रोग है जो मुख्यतः मध्य एवं दक्षिणी अमरीका और पश्चिमी अफ्रीका के देशों में पाया जाता है। इसका निमित्त कारण त्रेपोनेमा कारातेउम है, जो दैनंदिन निकट सपर्क से संक्रमण करता है।

एक से तीन सप्ताह के अतर्शयन-काल के पश्चात् प्राथमिक क्षति विकसित होती है। इसकी प्रकृति चपटे शल्की अ-व्रणित पिटक की होती है जो परिसर में प्रसार करता है और विस्तृत ललामिक शल्की चकने बनाता है। त्रेपोनेमा पालीडुम

जैसे जीवाणु प्राथमिक अधिकांश में मरुतनापूर्वक पहचान में आ जाने ह, अधिकांश अक्सर शरीर का कोई भी अनावृत्त स्थल हो सकता है।

द्वितीयक क्षतिया पितास (स्पेनिश 'पिता' और हिंदी 'अस' अथवा 'गंसा', 'सदृश') पैठन के 5 से 12 महीने बाद उत्पन्न होते हैं। वे विभिन्न कड़क धब्बों आ लाल, हल्के नीले तथा भूराभ श्वेत पिटकों द्वारा लक्षित होते हैं। शल्कन अधिकांश के मध्य में और निर्वर्णकता परिसर में देखी जाती ह। क्षतियां खजुंक्लेश, सीफिलिस और दिनायस से मिलते-जुलते हो सकते हैं।

तृतीयक चरण कई महीनों बाद और कभी-कभी कुछ वर्षों बाद आता है। यह चर्म में अपरजक परिवर्तनों द्वारा लक्षित होता है। गंदले रंग के धब्बों के बीच-बीच में अतिवर्णकित क्षेत्र आ-आकर एक विशिष्ट चित्र प्रस्तुत करते हैं। हथेलियों और तलवों पर चर्म मोटा तथा निर्वर्णकित हो जाता है। लसग्रंथिरुग्णता विकसित होती है। निमित्त कारण लसपर्वों में प्राप्त द्रव्य में अनुवेदित हो सकते हैं।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टिन-प्रतिक्रिया प्रथम दो चरणों में 75 प्रतिशत और तीसरे चरण में 100 प्रतिशत रोगियों में धनात्मक होती है। त्रेपोनेमा पालीडुम का निश्चलकरण-परीक्षण पूरे रोग-काल में धनात्मक (पुष्टिकारक) होता है।

चिकित्सा—प्रतिजीवकों का उपयोग होता है।

बेजेल (अरबी सीफिलिस) एक त्रेपोनेमा-प्रेरित अरतिज रोग है, जो अरबी देशों में पाया जाता है। इसका निमित्त कारण त्रेपोनेमा बेजेल है, जो रूपलोचनी तौर पर सीफिलिस, पिता और फ्रांजे जिया उत्पन्न करने वाले त्रेपोनेमा-जीवाणुओं से मिलता-जुलता होता है। पैठन के प्रसार (या संक्रमण) का सबध बुरी हाइजीनिक परिस्थितियों के साथ है। यह अधिकांशतः बच्चों को होता है।

चर्म एवं श्लेष्मल झिल्लियों की रालाबिक-द्रव्य क्षतियां, अस्थिपर्यस्थिशोय, सधिवर्ती पर्व, मुख-श्लेष्मला पर पनपू पिटक तथा धब्बे, हथेली और तलवों का शृंगीक्लेश, खल्वाटता और श्वित्र के अधिकांश विकसित होते हैं।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टिन-प्रतिक्रिया धनात्मक होती है।

चिकित्सा—प्रतिजीवक (पेनीसिलिन, तेन्नासिकलीन, एरीथ्रोमीसिन, ख्लोराफेनीकोल) प्रलिखित किये जाते हैं।

ट्रौपिक फ्रांजेजिया (न्युपदंश) उष्ण कटिबंधीय क्षेत्रों का एक रोग है। इसके निमित्त-जीवाणु त्रेपोनेमा पेटेंनुए कास्तेलानी है। इसका प्रसार (या संक्रमण, पैठन) निकट दैनदिन (अयौन, अरतिज) संपर्कों, चर्म की चोटज क्षति और कीट-दंशों से होता है। इसका अतर्जानपदिक प्रसार सिर्फ जनता की सामाजिक एवं हाइजीनिक परिस्थितियों पर निर्भर करता है जो कुछ उपनिवेशी देशों में बहुत बुरी

थी। बच्चों और किशोरो में इस रोग के प्रति विशेष प्रवणता होती है।

तत्त्विक प्रवाह के अनुसार फ्रांजेजिया सीफिलिस से बहुत मिलता-जुलता होता है। दो से चार सप्ताह के अतर्शयन-काल के पश्चात् एक प्राथमिक अधिकेद्र बनता है। यह अतिरिक्तल वलय से घिरे हुए नन्हे पनपू पिटको से लक्षित होता है। पिटक तेजी से बढ़ते हैं, व्रणित होते हैं और खड्डियों से ढक जाते हैं। खड्डी गिरने पर चौरस तथा हल्का वर्णकित क्षताक रह जाता है। प्राथमिक आक्रांति ज्वर, संधिवेदना और सिरदर्द की पृष्ठभूमि में विकसित होती है। एक से तीन महीने बाद द्वितीय स्फोट विकसित होते हैं। ये हैं—बहुसंख्य, वृहत्, सगमी, मसानुमा, पनपू पिटक, जो देखने में रास्पबेरी (रसभरी) जैसे लगते हैं (फ्रांसीसी शब्द 'फ्रांजेजिया' का अर्थ रास्पबेरी ही है)। ये पिटक आर्द्र पीली खड्डियों से ढंके होते हैं, जिनका आकार 1-2 सेटीमीटर होता है। ललामक्लेशिक-शल्की तथा गुलाबिकीय धब्बे और शैवाकवत मशिकीच तथा केराटोटिक पिटक भी द्वितीय चरण के लिये लंछक होते हैं। चर्म-पुटकों के स्थल पर विपुल कणमय पिटिकार्बिक विरचनाएं उत्पन्न होती हैं। कुछ सप्ताहों या महीनों में क्षतियां अवगामी होती हैं और अपने पीछे निर्वर्णकित या अतिवर्णकित शल्की क्षेत्र छोड़ जाती हैं।

द्वितीय स्फोटों से पूर्व ज्वर, लसग्रथिरुग्णता, पर्यस्थिशोथ, अस्थिवेदना, रुमैटीवत पीड़ाजनक संवृत्तियां और पाचन में गडबडी प्रेक्षित होती हैं।

तृतीय चरण पैठन के सात से दस साल बाद विकसित होता है, जो फटकर अनियमित, अपरदित किनारियों वाले कणीभूत (ग्रेनुलेटिंग) पिटिकार्बिक व्रण बनाते हैं। ठीक होने पर विकृत (कुरूप) क्षताक रह जाते हैं। अक्सर पैरो में रालार्बिक अस्थिपर्यस्थिशोथ के कारण तलवार की तरह मुड़े हुए पैर हो जाते हैं, आदमी अपंग हो जाता है, अस्थियों में स्वतःस्फूर्त विभंजन (विदार, टूटन आदि) होने लगते हैं।

मुंह, नासाग्रसनी, नेत्र-कोटरो में ऊतकों के तीव्र विकृतकारी कणार्बिक पूयिक क्षतियां होती हैं। द्रुत विमृत्तिक अपघटन के कारण वे एक कोटर के रूप में सगमित हो सकती हैं। बहुसंख्य, घने, मद गति से वर्धन करने वाले गुल्म कोहनियो, घुटनों तथा अन्य संधियों पर उत्पन्न होते हैं (संधि-पर्व), जो नीचे के ऊतकों के साथ सगलित हो जाते हैं, यह रोग एक लंछक अभिव्यक्ति है।

वास्सेरमान की प्रतिक्रिया और प्रेसिप्टन-प्रतिक्रिया के परिणाम फ्रांजेजिया में स्थायी तौर पर धनात्मक रहते हैं। बिओप्सी से त्रेपोनेमा अनुवेदित होते हैं।

चिकित्सा—एटी-सीफिलिसी चिकित्सा प्रयुक्त की जाती है। पेनीसिलिन, और विस्मय के प्रलिखित किये जाते हैं